

ISSN 1302-0099 / e-ISSN 2146-7153

KLİNİK psikiyatri

www.klinikpsikiyatri.org DERGİSİ



Yıl / Year: 2019

Cilt / Volume: 22

Sayı
Number **2**

ANP
Yayıncılık

İçindekiler / Contents

Editörden / Editorial

- 123 Editör'den
Sevcan Karakoç Demirkaya

Araştırma Yazıları

Research Articles

- 125 Bipolar bozukluk tanısı olan kadınlarda artmış serum NMDA reseptör antikoru düzeyleri
Increased serum levels of NMDA receptor antibodies in female patients with bipolar disorder
Deniz Ceylan, Pınar Akan, Kerim Doyuran, Güneş Can, Ayça Erşen, Emre Mısır, Ayşegül Özerdem
- 139 Otizm spektrum bozukluğu tanısına sahip çocukların ebeveynlerinde zihin kuramı ve ilişkili faktörler
Theory of mind and related factors in parents of children diagnosed with autism spectrum disorders
Tayfun Kara, Semra Yılmaz
- 148 Türkiyede üç farklı hastaneden hekimlerin iş tatmini, tükenmişlik ve depresyon ile iş profili ilişkisi
The association of occupational profile with job satisfaction, burnout, and depression in physicians from three different hospitals in Turkey
Basak Sahin, Esra Musaoglu, Bilge Dogan, Armagan Yıldırım, Tayyibe Arslan, Hasan Sahin
- 157 Kisislik bozuklugunda cinsel fiziksel istismar: Menderes Kisislik Bozuklugu arastirma sonuclari
Sexual physical abuse in personality disorder: Menderes Personality Disorder research results
Hülya Arslantas, Orkun Erkayiran, Çigdem Dereboy, Mehmet Eskin, Ferhan Dereboy
- 169 Cerrahi tedavi arayisi olan migren hastalarinda anksiyete, depresyon ve yasam kalitesi düzeylerinin incelenmesi
Investigation of anxiety, depression and quality of life levels in migraine patients seeking surgical treatment
Murat Yagmur, Güzin M. Sevinçer, Ali Kandeger, Çetin Duygu
- 175 Çocuk istismari ve ihmali egitiminde psikodrama yönteminin kullanilmasi
Use of psychodrama method in trainings about child abuse and neglect
Figen Sahin Dagli, Candan Taskiran, Margorit Rita Krespi, Bahar Gökler
- 187 Çok çocuklu kadinlar ve infertil kadinlarda cesitli degiskenlerinin vücut algisi memnuniyeti üzerine etkileri
Influences of various variables on body image satisfaction among highly fertile women and infertile women
Murat Eren Özen, Mehmet Vural, Halef Aydın, Mehmet Hamdi Örum, Aysun Kalenderoglu, Salih Selek
- 193 Hastaneye yatis gerekliligini yordamada özkuyim riskini degerlendirme araçlarinin etkililigi
The effectiveness of suicide risk assessment tools in predicting the need for hospitalization
Ilker Güneysu, Sedat Batmaz, Esmâ Akpınar Aslan, Emrah Songur, Serhat Koyuncu
- 206 Ergenler için psikolojik bozukluklar envanteri'nin (EPBE) revizyon çalismasi-II: Kisislik bozukluklari formu ve kisislik bozukluklari görülme sikligi
Revision study of psychological disorders inventory for adolescents (PDIA)-II: Personality disorders form and prevalence of personality disorders
Yildiz Bilge, Yusuf Bilge
- 219 Suça itilmis ergenlerde ebeveyn tutumu ve çocukluk çağı travmalarinin belirlenmesi
The determination of parent attitude and childhood trauma in adolescent pushed into crime
Nalan Gördeles Beser, Leyla Baysan Arabaci, Gülçin Uzunoglu, Öznur Bilaç, Erol Ozan

Derleme

Review

- 228 Konsültasyon liyezon psikiyatrisinde geleneksel siniflandirma sistemlerine karsi uygulanabilir yeni bir rehber: Psikosomatik Arastirmalara Yönelik Tani Ölçütleri (DCPR)
A new operational guide against to traditional classification systems in consultation-liaison psychiatry: Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR)
Gizem Aral, Filiz Civil Arslan

Olgu Sunumu

Case Report

- 243 Otizm tanili bir hastaya bipolar bozukluk ek tanisi konulmasi ve tedavi yönetimi süreci: Olgu sunumu
Diagnosis and treatment process of comorbid bipolar disorder in a patient diagnosed with autism: Case report
Nermin Gündüz, Isik Karakaya, Hatice Turan, Feyza Çelik

YAZIM KURALLARI

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

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

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

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

Yazıların değerlendirme süreci ve etik konular

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

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

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

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

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

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

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

1. Çalışmanın konseptine/tasarımına; ya da çalışma için

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Yazım Kuralları

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

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

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

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

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

YAZIM KURALLARI

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

Makaleler sadece www.klinikpsikiyatri.org adresinde yer alan derginin online makale yükleme ve değerlendirme sistemi üzerinden gönderilebilir. Diğer mecralardan gönderilen makaleler değerlendirilmeye alınmayacaktır.

MAKALE TÜRLERİ

Araştırma

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

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

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

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

Derleme ve Olgu Sunumu

Derleme ve olgu sunumu şeklindeki makalelerde de yukarıdaki ana yazım düzenine uyulmalı, özet sayfasından sonra yazının türüne uygun şekilde kaleme alınmalı, derlemelerde kaynak sayısı 50'in üzerinde olmamalıdır. Derlemelerde, yazarlardan birinin konuyla ilgili 3 veya daha çok özgün araştırmasının yayımlanmış olması gereklidir. Derleme yazarlarının konu hakkındaki birikimi uluslararası literatüre yayın ve atif 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. İkiyüzlü 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

Bölüm Editörleri

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

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

<i>Aslı Sürer Adanır</i>	<i>Fatih Bal</i>	<i>Esra Yancar Demir</i>	<i>Nermin Gürhan</i>	<i>Şennur Kışlak</i>	<i>Mine Öztürk</i>	<i>Selim Tümkeya</i>
<i>Mehmet Ak</i>	<i>Koray Başar</i>	<i>Esra Demirci</i>	<i>Mükerrem Güven</i>	<i>Yüksel Kıvrak</i>	<i>Ozan Pazvantoğlu</i>	<i>Çisem Utku</i>
<i>Ömer Faruk Akça</i>	<i>Ömer Başay</i>	<i>Onur Okan Demirci</i>	<i>Selma Türel Hesapçioğlu</i>	<i>Ferdi Köşger</i>	<i>Şermin Yalın Sapmaz</i>	<i>Süheyla Ünal</i>
<i>Hatice Aksu</i>	<i>Ayşegül Batgün</i>	<i>Artuner Deveci</i>	<i>Çiçek Hocaoğlu</i>	<i>Nesim Kuğu</i>	<i>Burcu Akın Sarı</i>	<i>Sevginar Vatan</i>
<i>Evrin Aktepe</i>	<i>Sedat Batmaz</i>	<i>Berker Duman</i>	<i>Müjgan İnözü</i>	<i>Çağdaş Öykü Memiş</i>	<i>Gökhan Sarısoy</i>	<i>Pınar Vural</i>
<i>Kürşat Altınbaş</i>	<i>Öznur Bilaç</i>	<i>Lale Gönenir Erbay</i>	<i>Hale Kahyaoğlu</i>	<i>Elif Mutlu</i>	<i>Murat Semiz</i>	<i>Ferhat Yaylacı</i>
<i>Ercan Altınöz</i>	<i>Çilem Bilginer</i>	<i>Burcu Rahşan Erim</i>	<i>Aysun Kalenderoğlu</i>	<i>Bedriye Öncü</i>	<i>Haldun Soygür</i>	<i>Aylin Yazıcı</i>
<i>Vesile Altınayazar</i>	<i>Birsen Ceyhan</i>	<i>Almila Erol</i>	<i>Alp Karaosmanoğlu</i>	<i>Demet Güleç Öyekçin</i>	<i>Birsen Pılan Şentürk</i>	<i>Esra Yazıcı</i>
<i>M.İlhan Atagün</i>	<i>Can Cimilli</i>	<i>Altan Eşsizzoğlu</i>	<i>Önder Kavakçı</i>	<i>Azize Atlı Özbaş</i>	<i>Okan Taycan</i>	<i>Aynıl Yenal</i>
<i>Nuray Atasoy</i>	<i>Rugül Köse Çınar</i>	<i>Damla Eyüboğlu</i>	<i>Arşaluyş Kayır</i>	<i>Özlem Özel Özcan</i>	<i>Oryal Taşkın</i>	<i>Duygu Kaya</i>
<i>İnci Meltem Atay</i>	<i>Gonca Gül Çelik</i>	<i>Murat Eyüboğlu</i>	<i>Ayşegül Koç</i>	<i>Osman Özdel</i>	<i>Fuat Torun</i>	<i>Yertutanol</i>
<i>Cumhur Avcil</i>	<i>Veysi Çeri</i>	<i>Cem Gökçen</i>	<i>Kaan Kora</i>	<i>Taner Öznur</i>	<i>İbrahim Tuğrul</i>	<i>Abdullah Yıldırım</i>
<i>Hamza Ayaydın</i>	<i>Aykut Çobadak</i>	<i>Gülcan Güleç</i>	<i>Sezen Köse</i>	<i>Ayşe Gül Yılmaz Özpolat</i>		
<i>Ömer Aydemir</i>	<i>Ebru Çobanoğlu</i>	<i>Esra Güney</i>	<i>Umut Kırılı</i>	<i>Didem Öztop</i>		

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.

Otizm neden artışta?

Why is autism on the rise?

Sevcan Karakoç Demirkaya¹

¹Doç. Dr., Klinik Psikiyatri Dergisi Bölüm Editörü
Psikoloji Bölümü, İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi, İstanbul Gelişim Üniversitesi, İstanbul, Türkiye
<https://orcid.org/0000-0002-2778-9174>

Otizm spektrum bozukluğu (OSB); toplumsal iletişim ve etkileşimde sürekli bir yetersizliğin olması ve bunlara tekrarlayıcı, törensel davranışlar ve kısıtlı ilgi alanının eşlik etmesi ile karakterize erken çocukluk döneminde belirtileri görülen nörogelişimsel bir bozukluktur (1). Günümüzde otizmin temel klinik tablosuna yönelik etkin ilaç tedavisi bulunmamaktadır ve erken teşhis ile otizme özel ve bireye özgü yoğun eğitim programı mevcut en etkin tedavi yöntemidir. Eşlik eden ruhsal belirtilere yönelik (ör; iritabilite, dikkat eksikliği, saldırgan davranışlar gibi) psikofarmakolojik tedaviler uygulanmaktadır. Çekirdek otizm belirtilerine yönelik bazı hormonlar (oksitosin ve vazopresin) ve deneysel ilaç kullanımları (suramin) etkinlik ve güvenilirlik çalışmaları tamamlanmadığından yaygın kullanımda değildir. Tanı alan bireylerde artış olmasına rağmen tedavi konusundaki bilimsel çalışmalarda artış beklenildiği gibi değildir. Otizm ile ilgili çalışmalar daha çok önleme, erken tanı ve yönlendirme üzerinde yoğunlaşmıştır (2).

Otizm ayrı bir çocukluk çağı psikiyatrik tablosu olarak tanımlandıktan sonra 1980'li yıllara dek prevalansı 10.000'de 4 kadar nadir görülen bir bozukluk diye tanımlanırken pek çok epidemiyolojik çalışma ile günümüze kadar sıklığı giderek artmış olarak kabul edilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri verilerine göre 11 farklı eyaletten 8 yaş civarı çocukların alanda uzman kişilerce değerlendirilmesi ve taranması ile elde edilen görölme oranı 2000 yılında 1/160, 2014 yılında 1/68 iken bu oran 2018 yılı için 1/59 olarak bildirilmiştir (3). Ülkemizde sıklıkla ilgili epidemiyolojik bir çalışma bulunmamaktadır. Ülkemizden Avrupa'ya

göç etmiş olan ailelerin çocuklarındaki sıklığı bile inceleyen araştırmalar olduğu göz önünde bulundurulduğunda, bu alandaki veri eksikliğimizin giderilmesi gerekmektedir (4). Yaklaşık %2 gibi bir oran etiyolojisi net aydınlatılmamış ve henüz her olguda etkin tedavisi de olmayan kronik gidişli bir hastalık grubu için oldukça yüksektir. Oranlardan da anlaşılacağı üzere OSB aslında sık görülen bir psikiyatrik tablodur ve giderek artmaktadır. Bu artış neden kaynaklanmaktadır? Prevalans artışının sebeplerini inceleyen çalışmalarda bunun nedeninin tanının daha bilinir hale gelmesi, çocuk psikiyatrisi merkezleri gibi tanı koyucu birimlerin sayısındaki artış, toplumun farkındalık kazanması ile açıklanabilmektedir (2,5). Ayrıca bazı çevresel nedenlerin de OSB sıklığında artışla ilişkili olduğu bildirilmektedir. Otizm kalıtsallığı (%90 kadar) oldukça yüksek ancak belirli genetik nedenlerinin %15'i tanımlanabilmiş, multifaktöryel poligenik gelişimsel bir beyin hastalığıdır (6). Aşılar veya buzdolabı anneler hipotezleri çoktan geçerliliğini yitirmekle birlikte, hastalığın tam aydınlatılmamış gen-çevre etkileşimi temelli epigenetik özelliği önemlidir.

Ülkemizde yazılı ve görsel basında, maalesef bazı meslektaşlarımızın da dahil olduğu aşı karşıtı söylemler bulunmaktadır. Kızamık-kabakulak-kızamıkçık (MMR) aşıları ile otizm riskinin arttığını 1998 yılında bildiren makale bile sahtecilikle suçlanmış ve resmi olarak yayımlandığı Lancet'ten geri çekilmiştir (5). Çünkü açılardan thimerosal çıkartıldıktan sonra bile otizm sıklığı artmış ve civa toksisitesi bulguları ile otizmin nöropatolojik benzerliklerinin olmadığı

(*Klinik Psikiyatri* 2019;22:123-124)

DOI: 10.5505/kpd.2019.84755

gösterilmiştir. Örneğin baş çevresi büyüklüğü otizmdeki makroskopik bir değişiklikten intrauterin civa maruziyeti mikrosefali ve göz bulguları ile ilişkilidir. Kurşun ve civa toksisitesi kliniği otizmdeki ana belirti sosyal iletişim eksiklikleri ile değil yorgunluk, kas güçsüzlüğü, dikkat ve öğrenme problemleri ile uyumlu bulunmuştur. Bazı ağır metallerin (civa, kadmiyum gibi) otizm ile ilişkili olabileceği bu nedenle aşuların yaptırılmaması ve ağır metal şelasyon tedavileri gibi kanıt düzeyi bile olmayan dahası renal ve hepatik açıdan zararlı olabilecek yöntemler ülkemizde çocuk psikiyatrisi uzmanlık dışı hekimlerce uygulanmaktadır (7). Bu da etkin olmayan bir yöntemle aileyi mağdur ettikleri için bir malpraktis ve aynı zamanda mesleki sınır ihlali kapsamında ele alınmalıdır.

Otizm için ilişkilendirilen çevresel risk etmenleri şunlardır: Otizm spektrum bozukluğu olan kardeşe sahip olmak, şizofreni benzeri psikotik özelliği olan ve duygudurum bozukluk öyküsü olan ebeveynlerinin olması, anne yaşının 40 yaş üzeri olması, baba yaşının 40 yaş üzeri olması, ileri dede yaşı (annenin babası), doğumsal anomalilerinin olması, yenidoğan yoğun bakımda kalınmış olması, erkek cinsiyet, 35 hafta öncesi doğum, intrauterin 20.haftaya kadar düşük riskinin olması, büyükşehirde yaşanması, annenin gebeliğindeki otoimmün olay-

lar epidemiyolojik çalışmalardan elde edilen istatistiksel olarak anlamlı bulunan risklerdir (5,6). Folik asit, D vitamini eksiklikleri, intrauterin ultrason maruziyetinin de OSB için riskli olduğu gösterilmiş ancak daha geniş kapsamlı epidemiyolojik çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir. Sonuç olarak otizm spektrum bozuklukları etiopatogenezi karmaşık ve multifaktöryel kalıtsallığı yüksek olan bir hastalık olup tüm dünyada giderek artmaktadır ve ülkemiz için epidemiyolojik verileri içeren araştırmalara ihtiyaç vardır. Erken tanı erken müdahale için önemlidir. Ancak, toplumda hastalığa ilişkin farkındalık kazandırılırken, tedavi yöntemlerinin de bilimsel kanıt düzeyinde olması gerektiği vurgulanmalıdır. Artık mezun veren okulu bile olmayan bir meslek grubu olan pedagoğlarca hastalığın tanımlanması, psikiyatri alanı dışındaki hekimler tarafından alternatif ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin uygulandığı otizm spektrum bozuklukları nadir olmayan ancak öksüz bırakılan bir psikiyatrik hastalık grubudur.

Yazışma adresi: Doç. Dr. Sevcan Karakoç Demirkaya, Psikoloji Bölümü, İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi, İstanbul Gelişim Üniversitesi, İstanbul, Türkiye
drsevcanarakoc@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
2. Mukaddes NM ve Dursun OB, Otizm spektrum bozukluklarında tanım, prevalans ve klinik özellikler, Nörogelişimsel Bozukluklar (Eds. Mukaddes NM ve Ercan ES), İstanbul, Nobel Yayınevi, 2018, s.261-284.
3. CDC. <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html> erişim tarihi Mayıs 07,2019.
4. Kawa R, Saemundsen E, Lóa Jónsdóttir S, Hellendoorn A, Lemcke S, Canal-Bedia R et al (2016). European studies on prevalence and risk of autism spectrum disorders according to immigrant status—a review. The European Journal of Public Health, 27, 101-110.
5. Fuentes J, Bakare M, Munir K, Aguayo P, Gaddour N, Oner O, Mercadante M. Autism spectrum disorders. In: Rey JM, editor. IACAPAP e-textbook of child and adolescent mental health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2012. C.2 1-27. Available from: <http://iacapap.org/wp-content/uploads/C.2-AUTISM-SPECTRUM-072012.pdf>.
6. Karakoç Demirkaya S, otizm spektrum bozukluğunda etiopatogenezi, Nörogelişimsel Bozukluklar (Eds. Mukaddes NM ve Ercan ES), İstanbul, Nobel Yayınevi, 2018, s. 317-334.
7. Bilgiç A & Cöngöloğlu A. Otizm spektrum bozukluklarında biyolojik temelli tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2009; 16:153-164.

Increased serum levels of NMDA receptor antibodies in female patients with bipolar disorder

Bipolar bozukluk tanısı olan kadınlarda artmış serum NMDA reseptör antikoru düzeyleri

Deniz Ceylan¹, Pınar Akan², Kerim Doyuran³, Güneş Can⁴, Ayça Erşen⁵, Emre Mısıır⁶, Ayşegül Özerdem⁷

¹Assis. Prof., İzmir University of Economics, Vocational School of Health Services, Elderly Care, İzmir, Turkey -<https://orcid.org/0000-0002-1438-8240>

²Prof., ³M.D. Dokuz Eylül University, Department of Biochemistry, İzmir, Turkey

⁴M.D., Department of Psychiatry, Mardin State Hospital, Mardin, Turkey

⁵Assoc. Prof., Department of Pathology, Acibadem Healthcare Group, İstanbul, Turkey

⁶M.D., Department of Psychiatry, Yozgat City Hospital, Yozgat, Turkey

⁷Prof., Dokuz Eylül University, Department of Psychiatry, İzmir, Turkey.

SUMMARY

Objective: Glutamatergic/GABAergic imbalance due to autoimmune antibodies targeting N-methyl-D-aspartate receptors (NMDA-R) is considered to be one of the shared pathways between bipolar disorder (BD) and autoimmune diseases. Evidence shows female vulnerability to autoimmune disorders, and suggests a sex-specific approach in autoimmunity research in BD. We aimed to assess serum concentrations of NMDA-R antibodies and density of NMDA and GABA receptors on platelets in euthymic patients with BD in comparison to healthy individuals; and to determine the impact of sex on serum concentrations of NMDA-R antibodies and the density of NMDA and GABA receptors on platelets. **Method:** NMDA antibody IgG were detected in serum samples of 27 DSM IV euthymic patients with bipolar disorder (16 females, 11 males) and 33 healthy individuals (17 females, 16 males), using ELISA method. The densities of NMDA and GABA receptors on platelets were investigated using immunocytochemical methods. **Results:** Patients with BD presented higher serum levels of NMDA-R antibodies in comparison to healthy individuals ($p<0.001$). The densities of NMDA and GABA receptor on platelets were similar in both groups. The NMDA-R antibody levels were influenced by both diagnosis and sex ($F=5.813$, $df=1$, $p=0.020$). Tserum lithium levels showed a significant linear association with the serum NMDA-R antibody levels even adjusting for age, sex, body mass index ($F=-56.26$, $t=-2.52$, $p=0.015$, $CI: -101.12/-11.40$). **Discussion:** Our findings support a potential role of NMDA-R antibodies in the underlying pathophysiology of BD, particularly for females.

Key Words: Bipolar disorder, NMDA, autoimmunity, anti-NMDA antibody, platelet, GABA, female sex

(*Turkish J Clinical Psychiatry* 2019;22:125-138)

DOI: 10.5505/kpd.2018.54154

ÖZET

Amaç: N-metil-D-aspartat reseptörlerini (NMDA-R) hedef alan antikolar nedeniyle glutamaterjik ve gamma amino butirik asit (GABAerjik) dengeinin bozulmasının bipolar bozukluk ile otoimmün hastalık arasındaki ortak yollarından biri olabileceği düşünülmektedir. Kanıtlar, kadınların otoimmün hastalıklara duyarlı olduğunu göstermekte ve otoimmünite araştırmalarında biyolojik cinsiyete özgü bir yaklaşımı desteklemektedir. Bu araştırma, bipolar bozukluğu olan ötimik hastaların serumlarında NMDA-R antikolarlarının konsantrasyonlarını ve trombositlerinin yüzeylerindeki NMDA ve GABA reseptörlerinin yoğunluğunu sağlıklı kontrollerinkilerle karşılaştırmalı olarak değerlendirmeyi; ve cinsiyetin NMDA-R antikolarlarının serum konsantrasyonlarına ve trombositler üzerindeki NMDA ve GABA reseptörlerinin yoğunluğuna etkisini saptamayı amaçlamaktadır. **Yöntem:** DSM IV'e göre bipolar bozukluk tanısı olan 27 ötimik hastanın (16 kadın, 11 erkek) ve 33 sağlıklı bireyin (17 kadın, 16 erkek) serum örneklerinde NMDA antikor IgG düzeyleri ELİZA yöntemi ile saptandı. NMDA ve GABA reseptörlerinin trombositler üzerindeki yoğunluğu immünositokimyasal yöntemler kullanılarak araştırıldı. **Bulgular:** Bipolar bozukluğu olan hastaların serumlarında sağlıklı bireylerinkilere göre daha yüksek NMDA-R antikoru düzeyleri saptandı ($p<0.001$). Her iki grupta NMDA ve GABA reseptörünün trombosit yüzeylerindeki yoğunlukları benzerdi. NMDA-R antikor düzeylerinin hastalık varlığı ve cinsiyetin tarafından etkilendiği saptandı ($F=5.813$, $df=1$, $p=0.020$). Serum Lityum düzeyleri, yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi ve sigara kullanımı açısından düzeltilmiş olarak, serum NMDA reseptör antikoları ile anlamlı negatif lineer ilişki göstermiştir ($F=-56.26$, $t=-2.52$, $p=0.015$, $CI: -101.12/-11.40$). **Sonuç:** Bulgularımız, bipolar bozukluğun patofizyolojisinde, özellikle kadın hastalarda, NMDA-R antikolarının olası rolünü işaret etmektedir.

Anahtar Sözcükler: bipolar bozukluk, NMDA, otoimmünite NMDA antikoru, GABA, kadın cinsiyet

INTRODUCTION

Bipolar Disorder (BD) is a chronic, severe mental illness, which has been repeatedly associated with high comorbidity with various types of autoimmune diseases (1-6). Certain types of autoimmune diseases, such as thyroiditis (7), systemic lupus erythematosus (8-10) and multiple sclerosis (11,12), share some similar symptoms (i.e. affective symptoms, cognitive dysfunction) with mood episodes of BD. Even though several shared pathophysiological pathways (e.g. glutamatergic insults, immune dysfunction) between BD and autoimmune diseases have been implicated in the increased comorbidity with such diseases in patients with BD (13-15), the underlying nature of the relationship between BD and autoimmune comorbidities has not yet been clearly defined.

Alterations in both of glutamate and Gamma amino butyric acid (GABA) mechanisms, one of the prominent disturbances related to neurobiology of BD, may have possible associations with autoimmunity in BD (16-19). Glutamate is the main excitatory, whereas GABA is the main inhibitory neurotransmitter in the central nervous system (17). Several studies suggest significant abnormalities in concentrations and functions of the glutamatergic and GABAergic receptors in BD (22-27). Despite growing evidence on the importance of glutamatergic / GABAergic dysregulation and immune dysfunctions in the neurobiology of BD (25), there is limited data on the role of the antibodies targeting glutamatergic system in the pathophysiology of BD.

Autoimmune antibodies against NMDA receptors can cause reversible and selective decreases in NMDA receptors' surface density by a mechanism of cross-linking and internalization, that correlates with the levels of NMDA receptor antibodies (28-32). Previous evidence demonstrated increased NMDA-R antibodies in serum or cerebrospinal fluid samples of patients with a variety of disorders, such as encephalitis, epilepsy, systemic lupus erythematosus, as well as psychotic and affective disorders (33-39). Furthermore, a meta-analysis study reported that patients with a range of psychiatric conditions, including BD had a three times

greater likelihood to have increased serum levels of NMDA-R antibodies in comparison to healthy individuals (40). This evidence may indicate the possible role of the NMDA-R antibodies in the glutamatergic / GABAergic disturbances, as well as abnormal glutamatergic / GABAergic receptor functionality in BD (35).

Epidemiological data shows that several autoimmune disorders, such as systemic lupus erythematosus, Sjögren's syndrome and thyroiditis, are more prevalent in females (41-43). Notably, NMDA-R encephalitis, an autoimmune disease in which autoimmune antibodies attack NMDA receptors at central neuronal synapses, is one of the diseases showing most prominent degrees of sex bias, and predominantly seen in young females (30,31). It is well known that several sex differences also exist in the presentation and clinical course of BD; and females with BD are more prone to develop depressive and mixed episodes, BD type II, seasonal variations and rapid cycling BD (44-48), as well as comorbid obesity (49), autoimmune thyroid diseases (50-53) and migraine (54,55). Recent evidence show several sex specific differences in several parameters, including oxidative stress (56), cognition (57,58) and brain structures between sexes in BD (59,60). Further investigation is needed to understand the possible associations between sex specific autoimmune mechanisms and glutamatergic/GABAergic dysfunction in BD (44).

The primary objective of this study was to assess concentrations of NMDA-R antibodies in serum samples, and densities of NMDA and GABA receptors on surface of platelets in patients with BD in comparison to healthy individuals. A secondary aim was to highlight the potential impact of sex on serum concentrations of NMDA-R antibodies, densities of NMDA and GABA receptors on the surface of platelets in patients and controls.

METHOD

Participants

Patients with BD type I who had been euthymic for at least six months (n=35) were recruited from the Mood Disorder Unit of the Dokuz Eylül

University. Patients who had been euthymic for at least six months were selected in order to override potential confounding effect of an acute episode or possible residual effects of a previous episode on the findings.

Healthy individuals (HI) (n=33) with no known medical problems, no family history of major psychiatric or neurological disorders, mental retardation, cancer, cardiovascular disease or diabetes mellitus, who volunteered for the study through announcements, were recruited. As semi-structured interview for DSM-5 has not been available yet, the Structural Clinical Interview for DSM-IV interview was used to confirm psychiatric conditions of the healthy individuals and patients (62). Symptomatic severity was assessed using Young Mania Rating Scale (YMRS) (63), Hamilton Depression Scale-17 (HAMD-17) (64), Clinical Global Impression (CGI) (65) and Global Assessment of Functionality (GAF) (66) scales.

The exclusion criteria for the patients were as follows: having any comorbid axis I psychiatric diagnosis, acute infection, having any significant problem in routine blood and urine tests, neurological disorders, history of head trauma, chronic medical condition (e.g.,hypertension, diabetes mellitus), substance use (excluding tobacco), neurodegenerative diseases, epilepsy or previous brain surgery, auditory or visual impairment, and being pregnant or breastfeeding. According to these criteria, two patients were excluded due to diabetes mellitus comorbidity, one patient due to ankylosing spondylitis comorbidity, two patients were excluded because of depressive symptoms (HAMD-17 score >7), and one due to manic symptoms (YMRS > 7). An additional two patients were excluded due to hemolysis, which made it impossible to study their samples. 27 patients with BD and 33 healthy individuals were included in the study. The study was approved by the local ethics committee of the Dokuz Eylul University. All participants provided written informed consent.

Collection and preparation of the blood samples

An experienced physician obtained the blood samples between 10-12 am after an overnight fast

by patients.

Serum samples were kept at -80° C until ELISA tests for NMDA antibody levels. Platelet rich plasma (PRP) samples were obtained from 10 ml blood samples in citrate-tubes by centrifuging 10 minutes at 200g. After adding DMSO (10%), the PRP samples were kept at -80° C until further analyses of NMDA and GABA receptors on platelets.

ELISA tests

Human NMDA-R antibodies (IgG) in serum were investigated by the quantitative double antigen sandwich enzyme linked immunosorbent assay (Human NMDA antibody (IgG) ELISA kit , Sunredbio, Shanghai, catalogue no: 201-12-2139) according to manufacturing instructions. Briefly, human NMDA-R antibodies (IgG) were antigen labelled with biotin and combined with streptavidin- HRP. Labeled antigens formed immune complex after incubation with NMDA-R antibodies (IgG) in serum samples. Following a wash period to remove any unbound reagent, a substrate solution was added to the wells and color developed in proportion to the amount of human NMDA antibody (IgG) bound. The color development was stopped and the intensity of the color was measured at 450 nm with-in 15 minutes.

The assays were performed in duplicate and different plate areas were identified in 96-well plates and tested blind to detect any variations. The sensitivity of the kit was 1,582 pg/mL and the assay limits of the method were between 2 and 600 pg/mL. Inter-assay coefficient variation (CV) was ~10 %. A five point concentration calibration curve, ranging from 20 to 320 pg/mL, was used for quantification of human NMDA-R antibodies (IgG). The absorbance of the samples lower than the absorbance of the lowest calibrator was interpreted as ≤ 20 pg/mL to obtain analytical safety.

Immunocytochemical process

The PRP samples from 45 of the participants (28 patients with BD, 17 HI) were selected after optimization processes for immunocytochemical

assessment (15 participants did not provide PRP samples), and analyzed using immunocytochemical methods to investigate the profiles of NMDA and GABA receptors. Anti-NMDAR2A (clone ab78483, 1:100, Abcam) and Anti-GABA antibodies (clone ab86186, 1:100, Abcam) were applied on cytospin preparations of PRP samples which were fixed in 95% alcohol before immunostaining. Immunohistochemistry conditions were optimized for each individual antibody using manufacturers' recommendations. The immunostaining density was scored as 0: negative, 1: low density, 2: moderate density, 3: high density.

Statistical analyses

We identified and quantified the levels of NMDA antibody in serum samples, density of NMDA and GABA receptor on platelets samples from patients and healthy individuals.

Skewness and kurtosis calculations were used to test normality for continuous variables. NMDA antibody levels were log transformed to provide normal distribution. Group differences were evaluated with independent samples t-test. Chi-Square test was used to examine categorical data. The impact of sex, smoking and BD diagnosis on the NMDA-R antibody levels was determined using three-way univariate analysis which included diagnosis, sex and smoking status as fixed factors and age as a covariate.

Pearson correlation tests were applied to explore the correlations between clinical variables and dependent variables. Linear regression analysis were applied to confirm the impacts of clinical variables on dependent variables. The significantly correlated variables and possible confounders (i.e. age, sex, body mass index and smoking status) were included in linear regression analyses. The IBM SPSS Statistics 25.0 (Chicago IL, USA) for Windows was used for data analysis. A p-value < 0.05 was assumed to correspond to statistically significant difference between means.

RESULTS

Sociodemographic and clinical characteristics of the BD patients and healthy individuals are described in Table 1. There were no significant differences between the BD patients and healthy individuals with respect to variables of sex, smoking status and body mass index. The patient group (40.74 ± 8.24) was significantly older than the healthy group (34.97 ± 8.29) ($F=0.008$, $df=58$, $p=0.009$).

Patient group was consisted of 16 females and 11 males with BD type I. The mean duration of illness was 14.74 ± 6.67 years, and the duration of current euthymia was 35.35 ± 36.17 weeks. All patients were on psychotropic medications; four patients were receiving a single medication: one, an antidepressant, two, valproate, and one, lithium carbonate. Three patients were on lithium carbonate and valproate combination, five on two mood-stabilizers in combination with a second generation antipsychotic, eleven on a mood stabilizer in combination with a second generation antipsychotic, and five on a mood-stabilizer in combination with a second generation antipsychotic and an antidepressant. The mean duration of mood-stabilizer use was 108.26 ± 64.28 weeks, and the mean duration of antipsychotic use was 68.22 ± 63.23 weeks.

The levels of NMDA-R antibodies

Patients with BD had significantly higher serum NMDA antibody levels (39.24 ± 20.11 pg/mL) in comparison to healthy individuals (23.96 ± 11.73 pg/mL) ($t=4.363$, $df=58$, $p<0.001$) (Fig.1). The number of subjects with NMDA antibody levels below 20 pg/mL ($n=35$; 58.3%) was significantly lower in patients with BD ($n=7$; 25.9%) compared to that of healthy controls ($n=28$; 84.4%) ($p<0.001$).

Further comparisons showed that there was no significant difference between smokers and non-smokers with respect to serum NMDA antibody levels ($p = 0.458$). Females with BD (46.06 ± 22.01 pg/mL) had significantly higher serum levels of NMDA antibody than males with BD (29.33 ± 11.94 pg/mL) ($t=2.478$, $df=25$, $p=0.020$), whereas

Table 1. Demographic and clinical characteristics of the participants

	BD (n = 27)	HI (n = 33)	<i>p-value</i>
Gender (number of females, %) ^a	n = 16, 59.3 %	n = 17, 51.5 %	$\chi^2=0.360$, df = 1, p = 0.549
Age ^b	40.74 – 8.24	34.97 – 8.29	F= 0.008, df = 58, p = 0.009
Smoking (number of smokers, %) ^b	n = 12, 44.4 %	n = 7, 24.1%	$\chi^2=2.572$, df = 1, p = 0.109
Body Mass Index ^b	28.37– 4.78	26.92 – 3.81	F= 1.962, df = 45, p= 0.262
Age of illness onset	25.70–8.44		
Duration of illness (years)	14.74 – 6.67		
N of hospitalizations	2.33–1.40		
Duration of current euthymia (months)	35.35 – 36.17		
N of previous episodes	6.04 – 4.36		
N of manic episodes	2.26 – 1.46		
N of hypomanic episodes	1.70 – 3.99		
N of depressive episodes	1.67 – 1.75		
N of mixed episodes	0.52–0.82		
Clinical Global Impressions score	1.85 – 0.46		
Global Assessment of Functionality score	81.67 – 8.09		
Hamilton Depression Scale score	2.89 – 1.89		
Young Mani Rating Scale score	0.89 – 1.58		

a: Chi-Square; b: independent samples t test.

Supplementary table. Pearson s Correlations between markers and clinical variables

		NMDA-R Antibody levels	Plattelet NMDA-R intensity	Plattelet GABA-R intensity
Age	r	0.270*	0.192	-0.177
	p	0.037	0.223	0.263
	n	60	42	42
Body mass index (kg/m ³)	r	0.029	-0.039	0.210
	p	0.845	0.819	0.213
	n	47	37	37
Number of manic episodes	r	0.148	-0.610**	-0.347
	p	0.463	0.001	0.089
	n	27	25	25
Number of depressive episodes	r	-0.081	-0.168	0.079
	p	0.690	0.423	0.706
	n	27	25	25
Duration of illness (years)	r	-0.190	0.074	-0.221
	p	0.343	0.724	0.289
	n	27	25	25
Duration of euthymia (months)	r	0.032	0.162	0.090
	p	0.876	0.451	0.677
	n	26	24	24
Global Assessment of Functioning score	r	0.247	.412*	0.247
	p	0.215	0.041	0.234
	n	27	25	25
Hamilton Depression Rating Scale score	r	-0.306	-0.233	-0.277
	p	0.120	0.263	0.181
	n	27	25	25
Young Mania Rating Scale score	r	-0.112	-0.422*	0.144
	p	0.577	0.036	0.493
	n	27	25	25
Serum Lithium level (mmol/l)	r	-0.593*	-0.049	-0.257
	p	0.020	0.875	0.396
	n	15	13	13
Serum Valproate level (ug/ml)	r	-0.025	0.551	0.124
	p	0.936	0.063	0.701

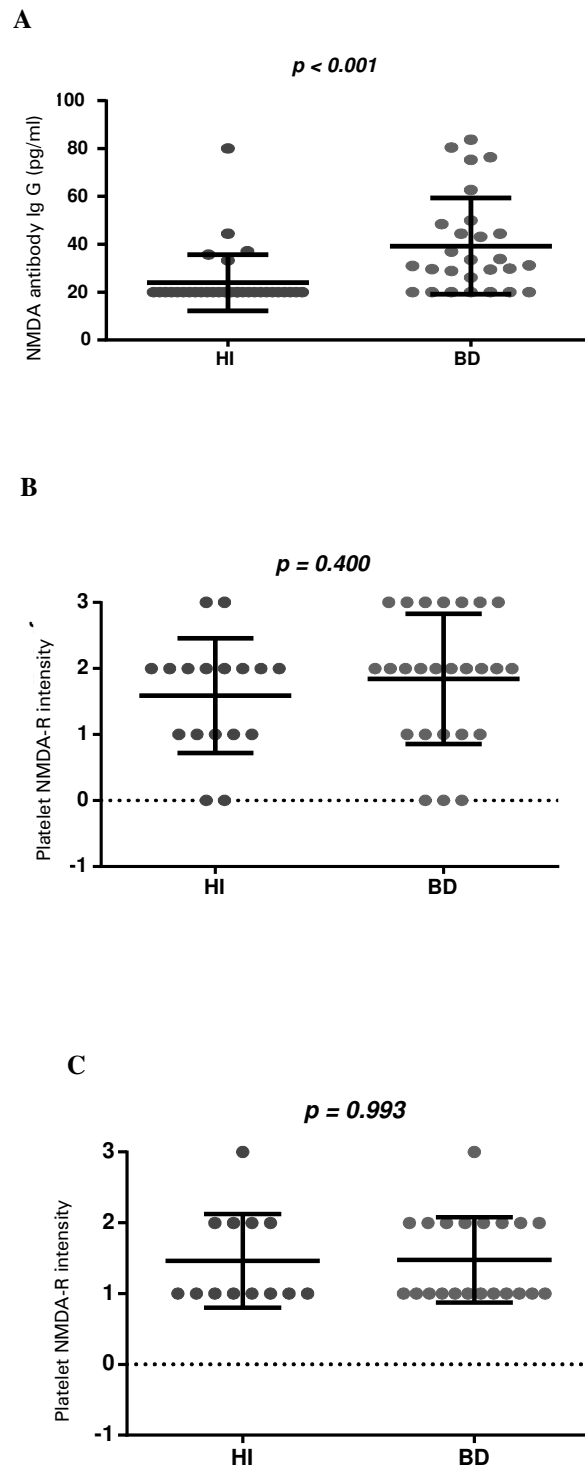


Figure 1: A. Patients with BD had significantly higher serum NMDA-R antibody levels in comparison to healthy individuals ($t = 4.363$, $df = 58$, $p < 0.001$). B. No significant difference between patients with BD and healthy individuals with respect to density of NMDA receptors on platelets. C. No significant difference between patients with BD and healthy individuals with respect to density of GABA receptors platelets ($p = 0.400$; $p = 0.993$).

there was no significant difference between healthy females and males with respect to NMDA-R antibodies ($p=0.388$). Additionally, while female patients with BD had significantly higher levels of NMDA-R antibodies (46.06 ± 22.01 pg/mL) compared to healthy females (22.22 ± 6.57 pg/mL) ($t=5.145$, $df=21,365$, $p<0.001$), there was no significant difference between male patients with BD (29.33 ± 11.94) and healthy males (25.81 ± 11.73 pg/mL) with respect to serum NMDA antibody levels ($p=0.532$) (Fig. 2).

Serum NMDA-R antibody levels showed a weak correlation with age ($r=0.270$, $p=0.037$), and a moderately negative correlation with serum lithium levels of patients receiving lithium ($r=-0.593$, $n=15$, $p=0.020$). A significant linear regression analyses that included age, sex, body mass index, smoking status and serum Lithium levels as independent factors, revealed the significant effects of serum lithium levels on serum NMDA-R antibody levels ($F=-56.26$, $t=-2.52$, $p=0.015$, $CI:-101.12/-11.40$). A three-way univariate analysis of covari-

ance revealed a significant impact of diagnosis and sex on NMDA-R antibody levels even after adjusting for age and smoking status ($F=5.813$, $df=1$, $p=0.020$).

Density of NMDA and GABA receptors on the surface of platelets

There were no significant differences between patients with BD and healthy individuals with respect to NMDA ($p=0.400$) and GABA receptor on platelets ($p=0.993$) (Fig. 1). There were no significant differences between female patients with BD and healthy females with respect to NMDA and GABA receptor profiles on platelets ($p=0.434$; $p=0.466$, respectively), nor between male patients with BD and healthy males with respect to NMDA and GABA receptor profiles on platelets ($p=0.401$; $p=0.881$, respectively).

The density of NMDA receptors on platelets were positively correlated with density of GABA receptors on platelets ($r=0.384$, $p=0.012$). The density

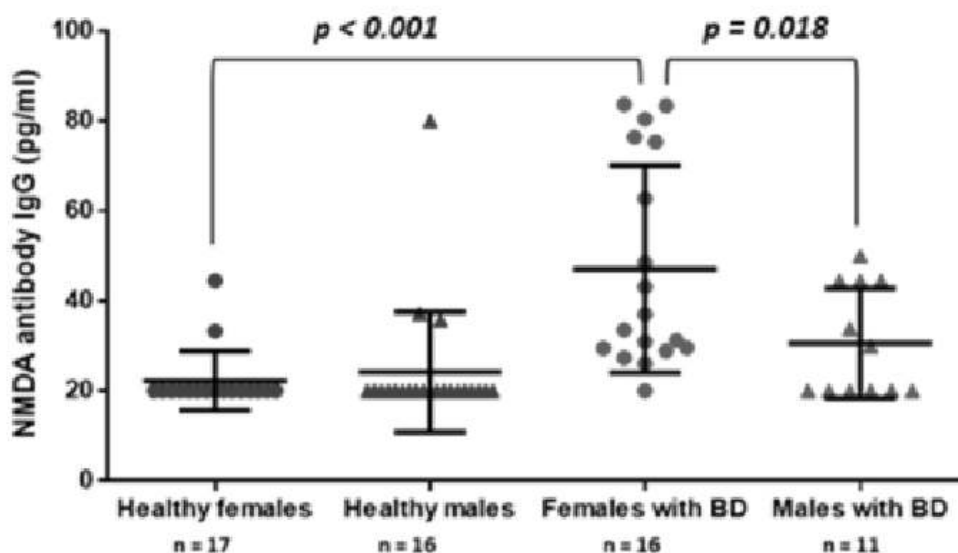


Figure 2: Females with BD (46.06 ± 22.01 pg/mL) had significantly higher serum levels of NMDA antibody than males with BD (29.33 ± 11.94 pg/mL) ($t=2.478$, $df=25$, $p=0.020$), whereas there was no significant difference between healthy females and males with respect to NMDA-R antibodies ($p=0.388$). Additionally, while female patients with BD had significantly higher levels of NMDA-R antibodies (46.06 ± 22.01 pg/mL) compared to healthy females (22.22 ± 6.57 pg/mL) ($t=5.145$, $df=21,365$, $p<0.001$), there was no significant difference between male patients with BD (29.33 ± 11.94) and healthy males (25.81 ± 11.73 pg/mL) with respect to serum NMDA antibody levels ($p=0.532$).

of NMDA receptors on platelets was negatively correlated with total number of manic episodes ($r=-0.610$, $p=0.001$) and YMRS score (-0.422 , $p=0.036$). A significant linear regression analyses that included age, sex, smoking status, total number of manic episodes and YMRS scores as independent factors, confirmed the significant effects of total number of manic episodes ($F=-0.435$, $t=-4.87$, $p<0.001$, CI: $-0.614/-0.256$) and YMRS scores ($F=-0.238$, $t=-2.745$, $p<0.008$, CI: $-0.412/-0.064$) on the densities of NMDA receptors on platelets.

DISCUSSION

To the best of our knowledge, this is the first study addressing NMDA-R antibodies and density of GABA receptors on the surface of platelets in euthymic patients with BD in comparison to healthy individuals. Our findings show increased levels of NMDA-R IgG antibodies in euthymic patients with BD compared to healthy individuals. The increase is mainly driven by female participants. However, we detected no significant change in the platelet NMDA or GABA receptor density in BD patients compared to controls.

NMDA-R antibodies

Possible associations between autoimmune mechanisms and the underlying neurobiology of BD are suggested by three types of studies: Epidemiologic studies reporting that autoimmune diseases are more prevalent in BD (4,61,67); studies reporting that patients with autoimmune diseases are more prone to develop BD (4,68); and several case-control studies reporting higher prevalence of several antibodies in BD (69-71). More recently, increased NMDA-R antibodies have been shown in BD (35,36,40) suggesting that the well-documented disturbances in NMDA functioning in BD may be caused by increased levels of circulating NMDA-R antibodies. In accordance with the previous evidence, we found higher levels of NMDA-R antibodies in euthymic patients with BD compared to healthy individuals (36,38-40). As our BD patient group was significantly older than the control group, we adjusted the results for age following previous literature showing an effect of age on antibody levels (72,73). However, even after adjust-

ments with age, sex and smoking status, the group of patients with BD had higher levels of NMDA-R IgG antibodies than the group of healthy individuals.

The previous literature focusing on the serum NMDA-R antibodies in psychiatric disorders is predominantly based on qualitative assessment of NMDA-R antibody sero-positivity ratios. These studies reported increased prevalence of serum NMDA-R antibody positivity in 3-10 % of psychotic patients (38,74). However, these studies have substantial discrepancies, including study population selection and types of immunoglobulins or NMDA receptor subunits or assays (i.e. cell based assay or ELISA) (40). Therefore, caution should be taken while comparing our results with those of previous studies. Our study population focused exclusively on patients with BD, whereas previous studies used mixed groups of BD and psychosis patients (36,39).

Of note, we detected serum levels (i.e. titers) of NMDA-R antibodies quantitatively using a commercial ELISA assay. Majority of the previous studies evaluating anti-NMDA-R antibodies did not use ELISA. Instead, they used other methods due to concerns regarding the tridimensional structure of the related antigen (34). Only one previous study provided quantitative data on serum titers of NMDA-R IgG antibodies, and showed significantly increased serum levels of NMDA-NR2 antibodies in manic patients (36). We focused exclusively on IgG subtype of NMDA-R antibodies in line with the previous data, which showed increased levels of IgG antibodies alone in patients with psychosis compared to controls, in the absence of any change in the levels of any subtype (IgG, IgM, IgA) of NMDAR antibodies (33).

It is important to note that our study population consisted of euthymic patients with BD who had experienced no mood episodes for at least 6 months. Dickerson et al. (2012) showed significantly increased serum levels of NMDA-NR2 antibodies only in manic patients with BD or schizoaffective disorder, in comparison to healthy individuals (36). Furthermore, manic patients' serum NMDA-NR2 antibody levels decreased at the six-month

follow-up; which implies an association between antibody levels and the manic state. Previous data from case reports (75-78) and case-control studies (36,38,79) suggest a possible relationship with NMDA-R antibody seropositivity and manic or depressive mood episodes. Despite focusing exclusively on euthymic patients, our results revealed significantly higher NMDA-R antibodies in patients with BD. This finding suggests that NMDA autoimmunity persists in euthymic phases of BD. Further data are needed to highlight the effects of different states of the illness (i.e., euthymia vs. being in episode) on NMDA-R antibody levels. On the other hand, our results revealed that NMDA receptor density on platelets was negatively correlated with both total number of previous manic episodes and also current manic symptom severity. These are in line with previous reports, implying a significant effect of mania on glutamatergic system.

Our further analysis (i.e. three-way univariate analysis of covariance) revealed that the increase in the levels of NMDA-R antibodies was driven by female patients with BD. The female vulnerability to autoimmunity is well documented (37-39). Significantly higher NMDA-R antibody levels in females with BD compared to healthy females, in the absence of any corresponding difference for males may suggest a female specific vulnerability to NMDA-R autoimmunity in BD. Despite similar ratios of sexes in BD type I, emerging evidence suggest sex differences in the presentation and clinical course of BD (45). Considering increased comorbidity with certain diseases in females (49-55), and previous data showing significant sex differences in BD, with respect to oxidative stress (56), cognitive decline (57,58) and brain structures (59,60); our finding of sex specific increase of serum NMDA-R antibodies may indicate the importance of a sex specific approach when investigating NMDA-R autoimmunity in BD.

Our data showed significant negative correlations between NMDA-R antibodies and serum lithium levels. Furthermore, a linear regression analysis confirmed the significant linear association between NMDA-R antibodies and serum lithium levels, even after adjustment for possible confounders including age, sex, body mass index and

smoking. Although lithium, the gold standard medication of BD, is considered to have immune modulatory effects, its mode of action is not fully understood (80). Several lines of clinical evidence suggest that lithium has neuroprotective effects via neurotrophic, antioxidant, anti-inflammatory mechanisms (81, 82). Evidence shows that lithium protects neurons from glutamatergic excitotoxicity (83, 84) or modulates glutamate receptors (85). Conforming the growing range of evidence showing neuroprotective effects of lithium against immune and glutamatergic insults, our preliminary data deserve further investigation.

NMDA and GABA receptors on surface of platelets

This is, as far as we know, the first study investigating NMDA and GABA receptors on surface of platelets in patients with BD. We measured density of NMDA and GABA receptors on platelets in plasma enriched plasma samples using immunocytochemical methods. As platelets express glutamatergic and GABAergic receptors that are analogous to those in the brain, platelets may be considered as a significant and easily accessible alternative to neuronal cells in the study of the GABA/Glutamate system (86-90). Only a limited number of studies demonstrated changes in glutamate receptor functions in platelets of patients with psychiatric disorders including schizophrenia (91, 92) and major depression (93). While one study reported alterations in glutamate uptake in platelets of patients with BD (94), and another showed GABA receptors on platelets (95), no study specifically investigated GABA receptors on platelets in psychiatric disorders.

Our results show no change in density of NMDA and GABA receptors on platelets in patients with BD in comparison to healthy individuals, and no correlations with density of NMDA on surface of platelets and patients' antibody titers. However, a possible relationship between surface NMDA receptor expressions and manic symptoms is implicated by negative linear associations between density of NMDA receptors, Young Mania Rating Scale scores, which may implicate subclinical or residual manic symptoms in the euthymia group, and number of previous manic episodes.

Supporting this point of view are previous animal studies showing significant decreases in surface expression of NMDA receptor subunits in hippocampus (96-98). Future longitudinal studies may highlight impacts of manic episodes on platelet NMDA receptor expressions.

Strengths and limitations

The two main strengths of this study were, first, the combined investigation of both NMDA-R antibodies and density of NMDA and GABA receptors on platelet surface; and second, the study was carried out in a homogenous patient population based on stringent inclusion criteria. Nevertheless, certain limitations of the study should be noted. The small sample size and the inclusion of only medicated patients should be considered while interpreting the results. Small differences of NMDA and GABA receptor density might have become invisible not only due to the small sample size, but also possible protective effects of medications. Many drugs used in the treatment of BD including mood-stabilizers, antipsychotics and antidepressants were shown to have modulating effects on NMDA receptors (99-103) as well as GABA receptors (104-106). Therefore, further studies excluding medicated patients are needed to clarify the effect of illness on the glutamate/GABA systems. Older age in patient sample might be another limitation of the study. However, all results were controlled for age.

Using serum samples and platelets, rather than cerebrospinal fluid and brain tissue, might also have affected our results. Another limitation includes the laboratory techniques we used. Despite being coherent with previous results, our results of the ELISA assessments need further replication using cell-based assays. Moreover, further studies targeting subunits of NMDA receptors such as NR-1, NR-2 are needed. The immunocytochemical technique was used to identify receptor densities on platelet surface, and further studies using quantitative techniques (e.g. flow cytometry) would improve the understanding of platelet receptor functioning in BD.

Finally, as a major limitation of the study, the cross-

sectional design does not allow to control our results for the possible confounding effects of individual factors that predispose to autoimmunity including exposure to infectious agents, dietary components, chemicals, toxins or stress. Future follow up studies will raise the understanding in the field.

CONCLUSION

Our finding of increased levels of NMDA IgG antibodies in euthymic patients with BD support the notion that the autoantibodies targeting NMDA receptors may represent a possible key area for understanding the neurobiology of BD, particularly for females. The negative correlation between the platelet surface density of NMDA receptors and number of the previous manic episodes, as well as current manic symptoms, may reflect the impact of mania on the glutamatergic system. Another implication of our results is that lithium may have a potential protective action against glutamatergic insults. However, further follow up studies with larger sample size are needed to verify these results.

Correspondence address: Assis. Prof. Deniz Ceylan, Izmir University of Economics, Vocational School of Health Services, Elderly Care, Izmir, Turkey denizceylandr@gmail.com

REFERENCES

1. Sylvia LG, Shelton RC, Kemp DE, Bernstein EE, Friedman ES, Brody BD, McElroy SL, Singh V, Tohen M, Bowden CL, Ketter TA, Deckersbach T, Thase ME, Reilly-Harrington NA, Nierenberg AA, Rabideau DJ, Kinrys G, Kocsis JH, Bobo WV, Kamali M, McInnis MG, Calabrese JR. Medical burden in bipolar disorder: findings from the Clinical and Health Outcomes Initiative in Comparative Effectiveness for Bipolar Disorder study (Bipolar CHOICE). *Bipolar Disord* 2015;17:212-23.
2. Perugi G, Quaranta G, Belletti S, Casalini F, Mosti N, Toni C, Dell'Osso L. General medical conditions in 347 bipolar disorder patients: clinical correlates of metabolic and autoimmune-allergic diseases. *J Affect Disord* 2015;170:95-103.
3. Sayuri Yamagata A, Brietzke E, Rosenblat JD, Kakar R, McIntyre RS. Medical comorbidity in bipolar disorder: The link with metabolic-inflammatory systems. *J Affect Disord* 2017;211:99-106.
4. Eaton WW, Pedersen MG, Nielsen PR, Mortensen PB. Autoimmune diseases, bipolar disorder, and non-affective psychosis. *Bipolar Disord* 2010;12:638-46.
5. Wang LY, Chiang JH, Chen SF, Shen YC. Systemic autoimmune diseases are associated with an increased risk of bipolar disorder: A nationwide population-based cohort study. *J Affect Disord* 2017;227:31-7.
6. Cremaschi L, Kardell M, Johansson V, Isgren A, Sellgren CM, Altamura AC, Hultman CM, Landén M. Prevalences of autoimmune diseases in schizophrenia, bipolar I and II disorder, and controls. *Psychiatry Res* 2017;258:9-14.
7. Barbuti M, Carvalho AF, Köhler CA, Murru A, Verdolini N, Guiso G, Samalin L, Maes M, Stubbs B, Perugi G, Vieta E, Pacchiarotti I. Thyroid autoimmunity in bipolar disorder: A systematic review. *J Affect Disord* 2017;221:97-106.
8. Tiosano S, Nir Z, Gendelman O, Comaneshter D, Amital H, Cohen AD, Amital D. The association between systemic lupus erythematosus and bipolar disorder - a big data analysis. *Eur Psychiatry* 2017;43:116-9.
9. Popescu A, H. Kao A. Neuropsychiatric Systemic Lupus Erythematosus. *Curr Neuropharmacol* 2011;9:449-57.
10. Spinosa MJ, Bandeira M, Liberalesso PB, Vieira SC, Janz LL Jr, Sá EG, Löhr A Jr. Clinical, laboratory and neuroimage findings in juvenile systemic lupus erythematosus presenting involvement of the nervous system. *Arq Neuropsiquiatr* 2007;65:433-9.
11. Marrie RA, Fisk JD, Tremlett H, Wolfson C, Warren S, Tennakoon A, Leung S, Patten SB; CIHR Team in the Epidemiology and Impact of Comorbidity on Multiple Sclerosis. Differences in the burden of psychiatric comorbidity in MS vs the general population. *Neurology* 2015;85:1972-9.
12. Murphy R, O'Donoghue S, Counihan T, McDonald C, Calabresi PA, Ahmed MA, Kaplin A, Hallahan B. Neuropsychiatric syndromes of multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2017;88:697-708.
13. Kay-Lambkin FJ, Thornton L, Lappin JM, Hanstock T, Sylvia L, Jacka F, Baker AL, Berk M, Mitchell PB, Callister R, Rogers N, Webster S, Dennis S, Oldmeadow C, MacKinnon A, Doran C, Turner A, Hunt S Study protocol for a systematic review of evidence for lifestyle interventions targeting smoking, sleep, alcohol/other drug use, physical activity, and healthy diet in people with bipolar disorder. *Syst Rev* 2016;5:106.
14. Rosenblat JD, McIntyre RS. Are medical comorbid conditions of bipolar disorder due to immune dysfunction? *Acta Psychiatr Scand* 2015;132:180-91.
15. Rege S, Hodgkinson SJ. Immune dysregulation and autoimmunity in bipolar disorder: Synthesis of the evidence and its clinical application. *Aust New Zeal J Psychiatry* 2013;47:1136-51.
16. Jun C, Choi Y, Lim SM, Bae S, Hong YS, Kim JE, Lyoo IK. Disturbance of the Glutamatergic System in Mood Disorders. *Exp Neurobiol* 2014;23:28.
17. Ohgi Y, Futamura T, Hashimoto K. Glutamate Signaling in Synaptogenesis and NMDA Receptors as Potential Therapeutic Targets for Psychiatric Disorders. *Curr Mol Med* 2015;15:206-21.
18. Diazgranados N, Ibrahim L, Brutsche NE, Newberg A, Kronstein P, Khalife S, Kammerer WA, Quezado Z, Luckenbaugh DA, Salvadore G, Machado-Vieira R, Manji HK, Zarate CA Jr. A randomized add-on trial of an N-methyl-D-aspartate antagonist in treatment-resistant bipolar depression. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:793-802.
19. Zarate CA Jr, Brutsche NE, Ibrahim L, Franco-Chaves J, Diazgranados N, Cravchik A, Selter J, Marquardt CA, Liberty V, Luckenbaugh DA. Replication of ketamine's antidepressant efficacy in bipolar depression: A randomized controlled add-on trial. *Biol Psychiatry* 2012;71:939-46.
20. Petroff OAC. Book Review: GABA and Glutamate in the Human Brain. *Neurosci* 2002;8:562-73.
21. Cserép C, Szabadits E, Szonyi A, Watanabe M, Freund TF, Nyiri G. NMDA Receptors in GABAergic Synapses during Postnatal Development. *PLoS One* 2012;7:e37753.
22. Cherlyn SYT, Woon PS, Liu JJ, Ong WY, Tsai GC, Sim K. Genetic association studies of glutamate, GABA and related genes in schizophrenia and bipolar disorder: A decade of advance. *Neurosci Biobehav Rev* 2010;34:958-77.
23. Fatemi SH, Folsom TD, Thuras PD. GABA A and GABA B receptor dysregulation in superior frontal cortex of subjects with schizophrenia and bipolar disorder. *Synapse* 2017;71:e21973.
24. Craddock N, Jones L, Jones IR, Kirov G, Green EK, Grozeva D, Moskvina V, Nikolov I, Hamshere ML, Vukcevic D, Caesar S, Gordon-Smith K, Fraser C, Russell E, Norton N, Breen G, St Clair D, Collier DA, Young AH, Ferrier IN, Farmer A, McGuffin P, Holmans PA; Wellcome Trust Case Control Consortium (WTCCC), Donnelly P, Owen MJ, O'Donovan MC. Strong genetic evidence for a selective influence of GABAA receptors on a component of the bipolar disorder phenotype. *Mol Psychiatry* 2010;15:146-53.
25. Maletic V, Raison C. Integrated neurobiology of bipolar disorder. *Front Psychiatry* 2014;5:98.
26. Korinek M, Kapras V, Vyklicky V, Adamusova E, Borovska J, Vales K, Stuchlik A, Horak M, Chodounska H, Vyklicky L Jr. Neurosteroid modulation of N-methyl-d-aspartate receptors: Molecular mechanism and behavioral effects. *Steroids*

2011;76:1409-18.

27. Stephenson FA, Cousins SL, Kenny A V. Assembly and forward trafficking of NMDA receptors (Review). *Mol Membr Biol* 2008;25:311-20.

28. Vitaliani R, Mason W, Ances B, Zwerdling T, Jiang Z, Dalmau J. Paraneoplastic encephalitis, psychiatric symptoms, and hypoventilation in ovarian teratoma. *Ann Neurol* 2005;58:594-604.

29. Dalmau J, Tüzün E, Wu HY, Masjuan J, Rossi JE, Voloschin A, Baehring JM, Shimazaki H, Koide R, King D, Mason W, Sansing LH, Dichter MA, Rosenfeld MR, Lynch DR. Paraneoplastic anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis associated with ovarian teratoma. *Ann Neurol* 2007;61:25-36.

30. Dalmau J, Lancaster E, Martinez-Hernandez E, Rosenfeld MR, Balice-Gordon R. Clinical experience and laboratory investigations in patients with anti-NMDAR encephalitis. *Lancet Neurol* 2011;10:63-74.

31. Venkatesan A, Adataia K. Anti-NMDA-Receptor Encephalitis: From Bench to Clinic. *ACS Chem Neurosci* 2017;8:2586-95.

32. Hughes EG, Peng X, Gleichman AJ, Lai M, Zhou L, Tsou R, Parsons TD, Lynch DR, Dalmau J, Balice-Gordon RJ. Cellular and synaptic mechanisms of anti-NMDA receptor encephalitis. *J Neurosci* 2010;30:5866-75.

33. Pollak TA, McCormack R, Peakman M, Nicholson TR, David AS. Prevalence of anti-N-methyl-d-aspartate (NMDA) receptor antibodies in patients with schizophrenia and related psychoses: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2014;44:2475-87.

34. Pollak TA, Beck K, Irani SR, Howes OD, David AS, McGuire PK. Autoantibodies to central nervous system neuronal surface antigens: psychiatric symptoms and psychopharmacological implications. *Psychopharmacology (Berl)* 2016;233:1605-21.

35. León-Caballero J, Pacchiarotti I, Murru A, Valentí M, Colom F, Benach B, Pérez V, Dalmau J, Vieta E. Bipolar disorder and antibodies against the N-methyl-d-aspartate receptor: A gate to the involvement of autoimmunity in the pathophysiology of bipolar illness. *Neurosci Biobehav Rev* 2015;55:403-12.

36. Dickerson F, Stallings C, Vaughan C, Origoni A, Khushalani S, Yolken R. Antibodies to the glutamate receptor in mania. *Bipolar Disord* 2012;14:547-53.

37. Lennox BR, Palmer-Cooper EC, Pollak T, Hainsworth J, Marks J, Jacobson L, Lang B, Fox H, Ferry B, Scoriels L, Crowley H, Jones PB, Harrison PJ, Vincent A; PPIP study team. Prevalence and clinical characteristics of serum neuronal cell surface antibodies in first-episode psychosis: a case-control study. *The Lancet Psychiatry* 2017;4:42-8.

38. Steiner J, Walter M, Glanz W, Sarnyai Z, Bernstein HG, Vielhaber S, Kästner A, Skalej M, Jordan W, Schiltz K, Klingbeil C, Wandinger KP, Bogerts B, Stoecker W. Increased prevalence of diverse N-methyl-D-aspartate glutamate receptor antibodies in patients with an initial diagnosis of schizophrenia: Specific relevance of IgG NR1a antibodies for distinction from N-methyl-D-aspartate glutamate receptor encephalitis. *JAMA Psychiatry* 2013;70:271-8.

39. Hammer C, Stepniak B, Schneider A, Papiol S, Tantra M, Begemann M, Sirén AL, Pardo LA, Sperling S, Mohd Jofrry S, Gurvich A, Jensen N, Ostmeier K, Lühder F, Probst C, Martens H, Gillis M, Saher G, Assogna F, Spalletta G, Stöcker W, Schulz TF, Nave KA, Ehrenreich H. Neuro-psychiatric disease relevance of circulating anti-NMDA receptor autoantibodies depends on blood-brain barrier integrity. *Mol Psychiatry* 2014;19:1143-9.

40. Pearlman DM, Najjar S. Meta-analysis of the association between N-methyl-d-aspartate receptor antibodies and schizophrenia, schizoaffective disorder, bipolar disorder, and major depressive disorder. *Schizophr Res* 2014;157:249-58.

41. Ngo ST, Steyn FJ, McCombe PA. Gender differences in autoimmune disease. *Front Neuroendocrinol* 2014;35:347-69.

42. Fairweather D, Frisnacho-Kiss S, Rose NR. Sex differences in autoimmune disease from a pathological perspective. *Am J Pathol* 2008;173:600-9.

43. Eaton WW, Pedersen MG, Nielsen PR, Mortensen PB. Autoimmune diseases, bipolar disorder, and non-affective psychosis. *Bipolar Disord* 2010;12:638-46.

44. Rainville JR, Tsyglakova M, Hodes GE. Deciphering sex differences in the immune system and depression. *Front Neuroendocrinol* 2018. doi:10.1016/j.yfrne.2017.12.004.

45. Özerdem A, Rasgon N. Women with bipolar disorder: A lifetime challenge from diagnosis to treatment. *Bipolar Disord* 2014;16:1-4.

46. Scott J, Brichant-Petitjean C, Etain B, Henry C, Kahn JP, Azorin JM, Leboyer M, Bellivier F. A re-examination of antidepressant treatment-emergent mania in bipolar disorders: evidence of gender differences. *Acta Psychiatr Scand* 2017;135:479-88.

47. Difflorio A, Jones I. Is sex important? Gender differences in bipolar disorder. *Int Rev Psychiatry* 2010;22:437-52.

48. Fellingner M, Waldhoer T, König D, Hinterbuchinger B, Pruckner N, Baumgartner J, Vyssoki S, Vyssoki B. Seasonality in bipolar disorder: Effect of sex and age. *J Affect Disord*. 2019; 15;243:322-326.

49. Baskaran A, Cha DS, Powell AM, Jalil D, McIntyre RS. Sex differences in rates of obesity in bipolar disorder: Postulated mechanisms. *Bipolar Disord* 2014;16:83-92.

50. Cobo J, Giménez-Palop O, Patró E, Pérez M, Bleda F, Barbero JD, Oliva JC, Serrano R, Berlanga E, García-Parés G, Palao D. Lack of confirmation of thyroid endophenotype in Bipolar Disorder Type I and their first-degree relatives. *Psychoneuroendocrinology* 2015;51:351-64.

51. Vonk R, van der Schot AC, Kahn RS, Nolen WA, Drexhage HA. Is Autoimmune Thyroiditis Part of the Genetic Vulnerability (or an Endophenotype) for Bipolar Disorder? *Biol Psychiatry* 2007;62:135-40.

52. Bauer M, Glenn T, Pilhatsch M, Pfennig A, Whybrow PC. Gender differences in thyroid system function: Relevance to bipolar disorder and its treatment. *Bipolar Disord* 2014;16:58-71.

53. Özerdem A, Tunca Z, Çımrın D, Hidroğlu C, Ergör G. Female vulnerability for thyroid function abnormality in bipolar disorder: role of lithium treatment. *Bipolar Disord* 2014;16:72-82.

54. Breslau N, Merikangas K, Bowden CL. Comorbidity of migraine and major affective disorders. *Neurology* 1994;44:S17-22.
55. Saunders EF, Nazir R, Kamali M, Ryan KA, Evans S, Langenecker S, Gelenberg AJ, McInnis MG. Gender differences, clinical correlates, and longitudinal outcome of bipolar disorder with comorbid migraine. *J Clin Psychiatry* 2014;75:512-9.
56. Ceylan D, Scola G, Tunca Z, Isaacs-Trepanier C, Can G, Andreatza AC, Young LT, Özerdem A. DNA redox modulations and global DNA methylation in bipolar disorder: Effects of sex, smoking and illness state. *Psychiatry Res* 2018;261.
57. Sanchez-Autet M, Arranz B, Safont G, Sierra P, Garcia-Blanco A, de la Fuente L, Garriga M, García-Portilla MP. Gender differences in C-reactive protein and homocysteine modulation of cognitive performance and real-world functioning in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2018;229:95-104.
58. Suwalska A, Lojko D. Sex dependence of cognitive functions in bipolar disorder. *Sci World J* 2014;2014:1-10.
59. Shi J, Guo H, Fan F, Fan H, An H, Wang Z, Tan S, Yang F, Tan Y. Sex differences of hippocampal structure in bipolar disorder. *Psychiatry Res - Neuroimaging* 2018;273:35-41.
60. Jogia J, Dima D, Frangou S. Sex differences in bipolar disorder: A review of neuroimaging findings and new evidence. *Bipolar Disord* 2012;14:461-71.
61. Wang LY, Chiang JH, Chen SF, Shen YC. Systemic autoimmune diseases are associated with an increased risk of bipolar disorder: A nationwide population-based cohort study. *J Affect Disord* 2017;227:31-7.
62. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV). 2009.
63. Karadağ F, Oral ET, Yalçın Aran F, Erten E. Young mani derecelendirme ölçeğinin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001; 13, 107-114.
64. Akdemir A, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 1996; 4(4), 251-59.
65. Bussner J, Targum SD. The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice, *Psychiatry (Edgmont)* 4 2007; 28-37.
66. Patterson DA, Lee MS. Field trial of the global assessment of functioning scale modified. *Am. J. Psychiatry*. 1995; 152: 1386-1388.
67. Kupka RW, Nolen WA, Post RM, McElroy SL, Altshuler LL, Denicoff KD, Frye MA, Keck PE Jr, Leverich GS, Rush AJ, Suppes T, Pollio C, Drexhage HA. High rate of autoimmune thyroiditis in bipolar disorder: lack of association with lithium exposure. *Biol Psychiatry* 2002;51:305-11.
68. Padmos RC, Bekris L, Knijff EM, Tiemeier H, Kupka RW, Cohen D, Nolen WA, Lermmark A, Drexhage HA. A high prevalence of organ-specific autoimmunity in patients with bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2004;56:476-82.
69. Bocchetta A, Tracis F, Mosca E, Serra A, Tamburini G, Loviselli A. Bipolar disorder and antithyroid antibodies: review and case series. *Int J Bipolar Disord* 2016;4:5.
70. Severance EG, Gressitt KL, Yang S, Stallings CR, Origoni AE, Vaughan C, Khushalani S, Alaedini A, Dickerson FB, Yolken RH. Seroreactive marker for inflammatory bowel disease and associations with antibodies to dietary proteins in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2014;16:230-40.
71. Dickerson F, Stallings C, Origoni A, Katsafanas E, Schweinfurth L, Savage C, Khushalani S, Yolken R. Antibodies to *Toxoplasma gondii* and cognitive functioning in schizophrenia, bipolar disorder, and nonpsychiatric controls. *J Nerv Ment Dis* 2014;202:589-93.
72. Gonzalez-Quintela A, Alende R, Gude F, Campos J, Rey J, Meijide LM, Fernandez-Merino C, Vidal C. Serum levels of immunoglobulins (IgG, IgA, IgM) in a general adult population and their relationship with alcohol consumption, smoking and common metabolic abnormalities. *Clin Exp Immunol* 2008;151:42-50.
73. Maddison SE, Reimer CB. Normative values of serum immunoglobulins by single radial immunodiffusion: a review. *Clin Chem* 1976;22:594-601.
74. Lennox BR, Palmer-Cooper EC, Pollak T, Hainsworth J, Marks J, Jacobson L, Lang B, Fox H, Ferry B, Scoriels L, Crowley H, Jones PB, Harrison PJ, Vincent A; PPIP study team. Prevalence and clinical characteristics of serum neuronal cell surface antibodies in first-episode psychosis: a case-control study. *The Lancet Psychiatry* 2017;4:42-8.
75. Choe CU, Karamatskos E, Schattling B, Leyboldt F, Liuzzi G, Gerloff C, Frieze MA, Mulert C. A clinical and neurobiological case of IgM NMDA receptor antibody associated encephalitis mimicking bipolar disorder. *Psychiatry Res* 2013;208:194-6.
76. Kuo YL, Tsai HF, Lai MC, Lin CH, Yang YK. Anti-NMDA receptor encephalitis with the initial presentation of psychotic mania. *J Clin Neurosci* 2012;19:896-8.
77. Parratt KL, Allan M, Lewis SJG, Dalmau J, Halmagyi GM, Spies JM. Acute psychiatric illness in a young woman: an unusual form of encephalitis. *Med J Aust* 2009;191:284-6.
78. Simabukuro MM, Freitas CH de A, Castro LHM. A patient with a long history of relapsing psychosis and mania presenting with anti-NMDA receptor encephalitis ten years after first episode. *Dement Neuropsychol* 2015;9:311-4.
79. Lapteva L, Nowak M, Yarboro CH, Takada K, Roebuck-Spencer T, Weickert T, Bleiberg J, Rosenstein D, Pao M, Patronas N, Steele S, Manzano M, van der Veen JW, Lipsky PE, Marenco S, Wesley R, Volpe B, Diamond B, Illei GG. Anti-N-methyl-D-aspartate receptor antibodies, cognitive dysfunction, and depression in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 2006;54:2505-14.
80. Rybakowski JK. Antiviral and immunomodulatory effect of lithium. *Pharmacopsychiatry* 2000;33:159-64.
81. Nassar A, Azab AN. Effects of lithium on inflammation. *ACS Chem Neurosci* 2014;5:451-8.
82. Ozerdem A, Ceylan D, Targitay B. The relationship between Lithium and cancer proliferation: A case-based review of the literature. *Curr Drug Metab* 2018;19.
83. Hashimoto R, Hough C, Nakazawa T, Yamamoto T, Chuang

- DM. Lithium protection against glutamate excitotoxicity in rat cerebral cortical neurons: Involvement of NMDA receptor inhibition possibly by decreasing NR2B tyrosine phosphorylation. *J Neurochem* 2002;80:589-97.
84. Nonaka S, Hough CJ, Chuang DM. Chronic lithium treatment robustly protects neurons in the central nervous system against excitotoxicity by inhibiting N-methyl-D-aspartate receptor-mediated calcium influx. *Proc Natl Acad Sci* 1998;95:2642-7.
85. Du J, Quiroz J, Yuan P, Zarate C, Manji HK. Bipolar disorder: involvement of signaling cascades and AMPA receptor trafficking at synapses. *Neuron Glia Biol* 2004;1:231-43.
86. Kanez FS, Saeed SA. Investigating GABA and its function in platelets as compared to neurons. *Platelets* 2009;20:328-33.
87. Borges VC, Nogueira CW, Zeni G, Rocha JBT. Organochalcogens affect the glutamatergic neurotransmission in human platelets. *Neurochem Res* 2004;29:1505-9.
88. Franconi F, Miceli M, De Montis MG, Crisafi EL, Bennardini F, Tagliamonte A. NMDA receptors play an anti-aggregating role in human platelets. *Thromb Haemost* 1996;76:84-7.
89. Hitchcock IS, Skerry TM, Howard MR, Genever PG. NMDA receptor-mediated regulation of human megakaryocytopoiesis. *Blood* 2003;102:1254-9.
90. Kalev-Zylinska ML, Green TN, Morel-Kopp MC, Sun PP, Park YE, Lasham A, Doring MJ, Ward CM. N-methyl-d-aspartate receptors amplify activation and aggregation of human platelets. *Thromb Res* 2014;133:837-47.
91. Baier PC, Koch JM, Seeck-Hirschner M, Ohlmeyer K, Wilms S, Aldenhoff JB, Hinze-Selch D. A flow-cytometric method to investigate glutamate-receptor-sensitivity in whole blood platelets - Results from healthy controls and patients with schizophrenia. *J Psychiatr Res* 2009;43:585-91.
92. Berk M, Plein H, Csizmadia T. Supersensitive platelet glutamate receptors as a possible peripheral marker in schizophrenia. *Int Clin Psychopharmacol* 1999;14:119-22.
93. Berk M, Plein H, Ferreira D. Platelet glutamate receptor supersensitivity in major depressive disorder. *Clin Neuropharmacol* 2001;24:129-32.
94. Do Nascimento CAM, Nogueira CW, Borges VC, Rocha JBT. Changes in (3H)-glutamate uptake into platelets from patients with bipolar I disorder. *Psychiatry Res* 2006;141:343-7.
95. Myung JK, Dunah AW, Yu TW, Sheng M. Differential roles of NR2A- and NR2B-containing NMDA receptors in Ras-ERK signaling and AMPA receptor trafficking. *Neuron* 2005;46:745-60.
96. Park HJ, Kang WS, Paik JW, Kim JW. Effect of valproic acid through regulation of NMDA receptor-ERK signaling in sleep deprivation rats. *J Mol Neurosci* 2012;47:554-8.
97. McDermott CM, Hardy MN, Bazan NG, Magee JC. Sleep deprivation-induced alterations in excitatory synaptic transmission in the CA1 region of the rat hippocampus. *J Physiol* 2006;570:553-65.
98. Ramadan E, Basselin M, Rao JS, Chang L, Chen M, Ma K, Rapoport SI. Lamotrigine blocks NMDA receptor-initiated arachidonic acid signalling in rat brain: implications for its efficacy in bipolar disorder. *Int J Neuropsychopharmacol* 2012;15:931-43.
99. Sourial-Bassillious N, Rydelius PA, Aperia A, Aizman O. Glutamate-mediated calcium signaling: A potential target for lithium action. *Neuroscience* 2009;161:1126-34.
100. Jacoby AS, Munkholm K, Vinberg M, Pedersen BK, Kessing LV. Cytokines, brain-derived neurotrophic factor and C-reactive protein in bipolar disorder - Results from a prospective study. *J Affect Disord* 2016;197.
101. Ghasemi M, Phillips C, Trillo L, De Miguel Z, Das D, Salehi A. The role of NMDA receptors in the pathophysiology and treatment of mood disorders. *Neurosci Biobehav Rev* 2014;47:336-58.
102. Zink M, Englisch S, Schmitt A. Antipsychotic treatment modulates glutamate transport and NMDA receptor expression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2014;264:67-82.
103. Huang YY, Liu YC, Lee CT, Lin YC, Wang ML, Yang YP, Chang KY, Chiou SH. Revisiting the lamotrigine-mediated effect on hippocampal GABAergic transmission. *Int J Mol Sci* 2016;17.
104. Motohashi N. GABA receptor alterations after chronic lithium administration. Comparison with carbamazepine and sodium valproate. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1992;16:571-9.
105. Pehrson AL, Sanchez C. Altered γ -aminobutyric acid neurotransmission in major depressive disorder: A critical review of the supporting evidence and the influence of serotonergic antidepressants. *Drug Des Devel Ther* 2015;9:603-24.
106. Silver HB, Enoch RB, Youdim M, Weinreb OB. The role of gaba-A receptor in the synergism between SSRI and antipsychotic in schizophrenia; implications for antipsychotic modes of actions. *Curr Med Chem* 2013;20:363-70.

Otizm spektrum bozukluğu tanısına sahip çocukların ebeveynlerinde zihin kuramı ve ilişkili faktörler

Theory of mind and related factors in parents of children diagnosed with autism spectrum disorders

Tayfun Kara¹, Semra Yılmaz²

¹Dr. Öğr. Üyesi, Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya

²Uz. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

ÖZET

Amaç: Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) temellerini oluşturan bozulmalar zihin kuramı (ZK) ile açıklanmaktadır. Çalışmamızda OSB'li bireylerin ebeveynlerinde ZK ile ilişkili olabilecek sosyodemografik özellikler ve psiki-yatrik bozuklukları cinsiyet farklılığı bağlamında incelemeyi amaçladık. **Yöntem:** Çalışma OSB tanılı çocuğa sahip 84 aile (anne, baba ve OSB tanılı çocuk – 252 katılımcı) ile yapıldı. Ebeveynlerin zihin kuramı değerlendirilmesi için Gözlerden Zihin Okuma Testi (Gözler Testi) uygulandı. Ebeveynler ayrıca, Sosyodemografik Bilgi Formu, Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ile değerlendirildi. Çocukların otizm şiddetini değerlendirmek için Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği (ÇODÖ) uygulandı. Elde edilen veriler istatistiksel olarak karşılaştırıldı. **Bulgular:** Ebeveynlerin Gözler Testi, BAÖ, TAÖ skorları açısından aralarında anlamlı fark olmadığı görüldü. Annelerin BDÖ skorunun babalardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü ($p=0.009$). OSB şiddeti hafif olan ve komorbid hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerinde Gözler Testi skorunun daha yüksek olduğu saptandı. Çocuğun ÇODÖ skoru ile ebeveynlerin Gözler Testi skoru arasında negatif yönlü ($r=-0,528$ $p<0.0001$ / $r=-0,473$ $p<0.0001$) anlamlı ilişki olduğu saptandı. Ebeveynlerin TAÖ skoru ile Gözler Testi skorları arasında negatif yönlü korelasyon olduğu saptandı ($r=-0,303$ $p=0,005$ / $r=-0,327$ $p=0,002$). **Sonuç:** Çocuklarda OSB şiddeti arttıkça ebeveynlerde ZK'ya dair bozukluğun arttığı görüldü ancak cinsiyetler arasında farklılaşma saptanmadı. OSB semptomları şiddetli olan çocukların ebeveynlerine dair daha geniş kapsamlı ZK çalışmalarına ihtiyaç olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar Sözcükler: Otizm Spektrum Bozukluğu, Çocuk, Zihin Kuramı, Ebeveyn

(*Klinik Psikiyatri* 2019;22:139-147)

DOI: 10.5505/kpd.2018.83007

SUMMARY

Objective: Impairments constituting the basis of Autism Spectrum Disorder (ASD) are explained in terms of the theory-of-mind (ToM). Our study aimed to investigate psychiatric disorders and sociodemographic characteristics potentially associated with ToM in the parents of children with ASD in the context of gender variation. **Method:** The study involved 84 families with a child diagnosed with ASD (mother, father and child with ASD - 252 participants). The Reading the Mind in the Eye Test (RMET) was applied to evaluate parental ToM. Parents were also assessed using a Sociodemographic Information Form, the Toronto Alexithymia Scale (TAS), the Beck Depression Inventory (BDI) and the Beck Anxiety Inventory (BAI). The Childhood Autism Rating Scale (CARS) was applied to assess severity of autism in children. The data obtained were subjected to statistical comparisons. **Results:** No statistically significant difference was determined between parents' RMET, BAI, or TAS scores. Mothers' BDI scores were significantly higher than those of fathers ($p=0.009$). Higher RMET scores were determined in parents of children with mild ASD and no accompanying disease. Significant negative correlation was determined between children's CARS scores and parental RMET scores ($r=-0.528$ $p<0.0001$ / $r=-0.473$ $p<0.0001$). Negative correlation was determined between parental TAS and RMET scores ($r=-0.303$ $p=0.005$ / $r=-0.327$ $p=0.002$). **Discussion:** ToM disturbance in parents increased with severity of ASD in children, although no gender difference was determined. Further ToM studies involving parents of children with severe ASD are needed.

Key Words: Autism Spectrum Disorder, Child, Theory of Mind, Parent

GİRİŞ

Otizm spektrum bozukluğu (OSB), sosyal iletişimde eksikliklerin ve kısıtlılıkların, tekrarlayıcı davranış kalıpları/ilgi alanları veya aktivitelerin bulunmasıyla karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur (1). OSB prevalansı günümüzde %1,48'lere varan yüksek oranlarda bildirilmektedir (2). OSB etiolojisinde birçok çevresel ve genetik faktörün rol oynadığı düşünülmektedir. OSB'de aile temelli çalışmalar ve ikiz çalışmaları bu bozukluğa ailevi yatkınlığın bulunduğunu ortaya çıkarmıştır (3). Ayrıca çalışmalar OSB'li bireye sahip ailelerde psikiyatrik bozukluklar için de artmış yüke işaret etmektedir (4). OSB'li çocukların ebeveynlerinde depresyon, anksiyete, obsesyon ve kompüsiyonlar, kişilerarası duyarlılık, düşmanca davranışlar, şizoid özellikler, paranoya ve şizofreni gibi psikolojik sorunlar daha sıktır (5). Bu ailesel yüklülüğün yanı sıra OSB'li çocukların ebeveynleri çocuk bakımına dair zorluklara sahiptir ve yaşam kalitelerinin düşmesi olasıdır. Bulgular, OSB'li çocuktaki semptomatolojinin ebeveynin ruh sağlığını olumsuz etkileyebileceğini ortaya koymuştur (6). Tipik olarak gelişmekte olan çocukların ebeveynleri ile OSB'li çocukların ebeveynlerinin karşılaştırıldığı bir meta analizde, OSB'li çocukların ebeveynlerinde depresyon ve anksiyete dahil olmak üzere daha yüksek psikiyatrik bozukluklar saptanmıştır (7).

OSB'li bireylerin ailelerinde otistik bulgulara da daha sık rastlandığı bildirilmektedir (8). Bu durum sıklıkla Geniş Otizm Fenotipi (GOF) terimiyle açıklanmaktadır (9). GOF, OSB'li bireylerin akrabaları arasında tanısız olarak eşik altı düzeyde otizm ile ilişkili semptomların bulunmasını ifade eder. OSB'li bireylerin aile üyeleri arasında GOF prevalansı %12 ile %30 arasında değişmektedir. GOF'yi oluşturan kişilik, sosyal ve dil kullanımına dair özellikler, OSB'nin sosyal defisit, iletişim bozuklukları ve kalıplaşmış, tekrarlayıcı davranışlar gibi özelliklerine paraleldir (10). OSB'nin temellerini oluşturan süreçlerin zihin kuramı'ndaki (ZK) bozukluklar ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (8). Kişinin diğer bireylerin mental durumlarını algılayabilmesi ve mental durumlarının içeriği hakkında (niyet, inanç gibi) doğru sonuçlara varabilmesi becerisi ZK olarak tanımlanır. Çalışmalar OSB'den etkilenen bireylerin ebeveynlerinde artmış ZK bozuklukları bildirilmektedir (11).

ZK'nın tek bir yeti olmadığı ve farklı testlerle ölçülebileceği tanımlanmıştır. Sosyal-algısal ZK becerisini kapsayacak şekilde başkalarının zihinsel durumunu algılama yetisini doğrudan gözlenebilir bilgiye dayanarak ölçmek amacı ile en sık Gözlerden Zihin Okuma Testi (Gözler Testi) kullanılmaktadır (12,13). Çalışmalarda OSB tanılı çocukların ebeveynlerindeki GOF'yi değerlendirirken anne ve babalar arasındaki farklılıklardan bahsedilmiştir (14). Kimi çalışmalarda ebeveyn cinsiyeti ile otistik özellikler arasında farklılıklar belirgin değil iken, kimi çalışmalarda erkek cinsiyete dair yüklülük olduğu bildirilmiştir (15).

OSB'li bireylerin ailelerindeki psikiyatrik yüklülük ve otistik özelliklere dair riskin artmış olduğu literatür taramalarında görülmektedir. Çalışmamızın hipotezi OSB'li çocukların babalarının annelerinden daha çok ZK zorluğuna ve GOF bulgusuna sahip olacaktır. Çalışmamızda OSB'li bireylerin ebeveynlerinde ZK ve ilişkili olabilecek sosyodemografik özellikler ve psikiyatrik bozuklukları cinsiyet farklılığını göz önüne alarak araştırmayı amaçladık.

YÖNTEM

Çalışma OSB tanılı çocuğa sahip 84 aile (anne, baba ve OSB tanılı çocuk), 252 katılımcı ile yapıldı. Etik kurul onayı alındıktan sonra OSB tanısı ile takip edilen çocukların ebeveynleri, yazılı onamları alınarak çalışmaya dahil edildi. Poliklinik takibi olan OSB tanılı çocuk dışında ailenin başka bir üyesinde kronik medikal hastalık ya da psikiyatrik bozukluk olan aileler çalışmaya alınmadı. Çocukların tanıları poliklinikte görevli çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı tarafından DSM-5 kriterleri ile konuldu (16). Biyolojik olmayan anne ve babalar ya da bilişsel olarak formları okuyup ölçekleri tamamlayacak beceride olmayanlar da çalışmaya alınmadı. Olgulara ait sosyodemografik ve klinik özelliklerin belirlenmesi için psikiyatri uzmanları tarafından yapılandırılmış çoktan seçmeli ve yazılı olarak cevaplandırılacak sorulardan oluşan bilgi formu hazırlandı. Form ebeveynler tarafından dolduruldu. Katılımcıların depresif belirtileri ve anksiyete düzeylerini değerlendirmek için Beck depresyon ve anksiyete ölçeği kullanıldı.

Zihin kuramını değerlendirmek için Gözler Testi uygulandı. Çocukların otizm şiddetini değerlendirmek için ÇODÖ uygulandı.

Gözlerden Zihin Okuma Testi (Gözler Testi): Baron-Cohen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup sosyal biliş ile psikopatoloji arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda kullanılan bir testtir. Gözler Testi'nin, ZK'nın önemli bir yönü olan "zihin okuma" yetilerini değerlendirdiği düşünülmektedir. Gözler Testi, kişilerin sadece göz çevresini gösteren otuz altı adet resimden oluşmaktadır. Uygulamada beklenen, kişinin üç çeldirici ve bir doğru yanıt içeren dört öğeden, gördüğü resmi en iyi anlattığını düşündüğü öğeyi seçmesidir. Değerlendirmede doğru yanıtlanan soru sayısı esas alınır. Alınan puanın yüksek olması sosyal biliş ve ZK işlevlerinin iyi olduğu anlamına gelmektedir. Uygulama yalnızca görüşmeci ve deneğin bulunduğu, klinik görüşme koşullarına uygun bir odada gerçekleştirilmiştir. Gözler Testi'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (17).

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Ölçek, depresif belirtileri derecelendiren 21 maddeden oluşmaktadır. Bireyden, testi doldurduğu gün dahil son bir hafta içindeki hislerini göz önünde bulundurması beklenmektedir. Her soruda yer alan dört madde arasından kendisini en iyi şekilde ifade edenini seçmesi istenir. Ölçek: karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyum almama, suçluluk duyguları, huzursuzluk, yorgunluk, iştah azalması, kararsızlık, uyku bozukluğu, sosyal çekilme gibi depresif belirtilere ilişkin maddelerden oluşmaktadır. Her madde depresyona özgü bir davranışı belirleyen dört dereceli kendini değerlendirme ifadesini içermektedir. Her madde 0 ile 3 arasında puan alır. Puanların toplanması ile toplam puan elde edilir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (18).

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): Kendini değerlendirme ölçeğidir. Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılır. Likert (dereceler toplamı) tipi ölçüm sağlar. 21 belirti kategorisinin her birinde 4 seçenek bulunur. Her bir madde 0 ile 3 arasında puan alır. Ölçekten alınan puanın yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. Anksiyöz mizacı,

otonomik hiperaktivite ve motor gerginliği belirleyen maddeleri içerir. Hastadan belirtileri 'bugün dahil son bir hafta' içinde değerlendirmesi istenir. Her bir semptom "hiç yok, hafif düzeyde, orta düzeyde, ciddi düzeyde var" şeklinde değerlendirilir. Bu ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (19).

Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği (ÇODÖ): Davranışların gözlemlenmesine dayanan, 15 maddeden oluşan ve her bir maddenin 1 ile 4 puan arası değerlendirildiği likert tipi bir ölçektir. 38 ile 60 arası puan alanlar şiddetli belirtiler gösteren otistik grubu, 30 ile 38 arası puan alanlar hafif-orta belirtiler gösteren otistik grubu, 15 ile 29 arası puan alanlar ise otistik belirtisi olmayan grubu oluşturmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (20).

Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ): Likert tipi, 1 ile 5 arasında puanlanan, 20 maddeden oluşmuş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Her madde beş aralıklı likert tipi bir ölçekte değerlendirilmiştir (1=kesinlikle katılmıyorum, 5=kesinlikle katılıyorum). Duygularını tanımada güçlük, duyguları söze dökmeye güçlük ve dışa-dönük düşünmeyi değerlendirir. Yüksek puanlar yüksek aleksitimik seviyeyi gösterir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (21).

İstatiksel Analiz

Kategorik değişkenler için frekans, yüzde değerleri hesaplandı. Sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma ve medyan değerleri verildi. Sürekli değişkenlerin normal dağılım sınaması Kolmogorov Smirnov testi ile yapıldı. Kategorik değişkenler arası ilişkiler için Ki-kare analizi yapıldı. Uygun olan durumlarda kategorik değişkenler Fisher's exact ile değerlendirildi. Normal dağılım sergileyen sürekli bağımsız değişkenlerde iki grup karşılaştırması için Bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında Tek Yönlü Varyans analizi (ANOVA) yapıldı. Normal dağılım varsayımını gerçekleştirilmeyen değişkenlerde, bağımsız iki grup karşılaştırmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım sergileyen iki değişken arası korelasyonel ilişkiler için Pearson korelasyon

analizi kullanıldı. Normal dağılım sergilemeyen değişkenler arası ilişkilerde ise Spearman korelasyon analizi kullanıldı. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilecektir. Analizler NCSS 11 (Number Cruncher Statistical System, 2017 Statistical Software) Programı ve MedCalc Statistical Software version 18 (MedCalc Software bvba, Ostend, Belgium; <http://www.medcalc.org>; 2018) ile yapıldı.

BULGULAR

Çalışmaya en küçüğü 3 yaşında en büyüğü 18 yaşında olan OSB tanılı toplam 84 çocuk ve bu çocukların biyolojik anne ve babaları alındı. Çocukların yaş ortalamaları $6,51 \pm 2,77$ idi (Tablo 1). Çalışmaya alınan çocukların annelerinin yaş ortalaması $32,25 \pm 5$ idi, babalarının yaş ortalaması $36,79 \pm 6,45$ idi. Katılımcı çocukların ortalama ÇODÖ skoru $39,93 \pm 6,56$ idi. ÇODÖ skorlarına göre olguların %39,29 hafif-orta şiddette, %60,71'i ağır şiddette OSB'ye sahipti. Eşlik eden psikiyatrik hastalık OSB'li çocukların % 53,57'sinde var iken % 46,43'ünde saptanmadı. Katılımcı ailelerin daha

çok orta ve alt gelir düzeyinde olduğu görüldü. Ailelerin ortalama $4,38 \pm 1,35$ bireye sahip olduğu görüldü. Annelerde ilköğretim düzeyinde eğitim oranı daha yüksek iken, babalarda lise düzeyinde eğitim daha sık saptandı (Tablo 1).

Anne ve babalardan elde edilen verilerin karşılaştırılmasında babaların yaşlarının annelerden istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksek olduğu görüldü ($p = < 0.0001$). Ancak Gözler Testi, BAÖ, TAÖ skoru açısından anne ve babalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü. BDÖ skorları annelerde $14,79 \pm 9,03$ iken babalarda $11,62 \pm 8,84$ saptandı. Annelerin babalara oranla BDÖ'den aldıkları skorların istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksek olduğu görüldü ($p = 009$) (Tablo 2).

Hem annelerden hem de babalardan elde edilen Gözler Testi skorlarının çocukların otizm şiddetine göre yapılan hafif-orta ve ağır şiddet dağılımından etkilendiği görüldü. Otizm şiddeti hafif-orta olan grupta her iki cinsiyette de Gözler Testi skoru istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek saptandı

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik bilgileri

		Ort.+SS Med. (Min.-Maks.)
Cocugun Yasi		6,51-2,77 6- (3-18)
Cocugun COD Skoru		39,93-6,56 39,75- (30-54)
Ailedeki Kisi Sayisi		4,38-1,35 4- (3-13)
		N (%)
OSB Siddeti	Hafif-Orta	33 (39,29)
	Agir	51 (60,71)
Eshik Eden Hastalik	Yok	45 (53,57)
	Var	39 (46,43)
Gelir	0-2000 TL	32 (38,1)
	2000-4000 TL	36 (42,86)
	4000-6000 TL	13 (15,48)
	6000 TL Uzeri	3 (3,57)
Anne-Egitim	Okuryazar Degil	11 (13,1)
	Ilkogretim	49 (58,33)
	Lise	21 (25)
	niversite	3 (3,57)
Baba-Egitim	Okuryazar Degil	4 (4,76)
	Ilkogretim	35 (41,67)
	Lise	38 (45,24)
	Universite	7 (8,33)

Otizm Spektrum Bozuklugu (OSB), Cocukluk Otizmi Derecelendirme Olcegi (CODO)

Tablo 2. Anne ve babalardan elde edilen verilen karşılaştırılması

	Anne		Baba		P
	Ort.+SS Med. (Min.-Maks.)		Ort.+SS Med. (Min.-Maks.)		
Yas	32,25-5 32- (23-46)		36,79-6,45 36- (26-52)		<0.0001
Gozler Testi	19,57-3,52 20- (7-27)		19,38-3,01 19- (10-26)		0,697
TAO	48,55-10,29 48- (29-75)		48,14-7,43 47- (33-71)		0,930
BAO	13,68-11,58 10- (0-49)		10,7-9,2 7- (0-40)		0,095
BDO	14,79-9,03 14- (0-44)		11,62-8,84 9,5- (0-51)		0,009

Mann-Whitney U testi, Gözlerden Zihin Okuma Testi (Gözler Testi), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAO), Beck Depresyon ölçeği (BDO), Beck Anksiyete Ölçeği (BAO), Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği (CODO)

($p = <0.0001/p = <0.0001$). Eğitim düzeyinin annelerin Gözler Testi skorunu etkilediği görüldü. Eğitim düzeyi düşük annelerde Gözler Testi skoru istatistiksel olarak anlamlı oranda düşük bulundu ($p = 0,022$). OSB'li çocukta başka bir bozukluk eşlik etmesi durumu eşlik etmemesi durumuyla kıyaslandığında, hem annelerde ($p = 0,001$) hem de babalarda ($p = 0,019$) Gözler Testi skorunun istatistiksel olarak anlamlı oranda düştüğü saptandı. Gelir düzeyinin ebeveynlerin Gözler Testi skorlarını etkilemediği görüldü (Tablo 3).

Yapılan korelasyon analizlerinde Çocuğun ÇODÖ skoru yükseldikçe annenin ve babanın Gözler Testi skorlarının düşmekte olduğu görüldü. Çocuğun ÇODÖ skoru ile annenin Gözler Testi skoru arasında negatif yönlü ($r = -0,528$ $p = <0.0001$) anlamlı ilişki olduğu tespit edildi. Çocuğun ÇODÖ skoru ile babanın Gözler Testi skoru arasında negatif yönlü ($r = -0,473$ $p = <0.0001$) anlamlı ilişki olduğu tespit edildi. Benzer şekilde TAÖ skoru yükseldikçe annenin ve babanın Gözler Testi skorlarının düştüğü görüldü. Annenin TAÖ skoru

Tablo 3. Gözler testi skorlarının diğer parametreler ile ilişkisinin değerlendirilmesi

		Anne Gözler Testi		Baba Gözler Testi	
		Ort.+SS Med. (Min.-Maks.)	p	Ort.+SS Med. (Min.-Maks.)	p
OSB siddeti	Hafif-orta (n=33)	21,36-2,51 21- (15-27)	<0.0001*	20,88-2,67 21- (14-26)	<0.0001*
	Agir (n=51)	18,41-3,61 18- (7-26)		18,41-2,83 18- (10-26)	
Gelir düzeyi	0-2000 TL (n=32)	19,41-4,34 19,5- (7-27)	0,909**	19,22-3,47 19- (10-26)	0,796**
	2000-4000 TL (n=36)	19,47-3,04 20- (13-25)		19,22-2,75 19- (14-26)	
	4000-6000 TL (n=13)	20,23-2,95 21- (14-24)		20-2,65 20- (16-25)	
	6000 TL üzeri (n=3)	19,67-2,08 19- (18-22)		20,33-3,06 21- (17-23)	
Anne eğitim	Okur-yazar değil (n=11)	17,09-4,78 18- (7-24)	0,022**	19,5-3,32 20- (15-23)	0,811**
	İlköğretim (n=49)	19,47-3,21 19- (12-27)		19-3,07 19- (11-26)	
	Lise (n=21)	20,76-2,79 21- (16-25)		19,68-3,09 19,5- (10-26)	
	Universite (n=3)	22-4 22- (18-26)		19,57-2,44 20- (16-23)	
Eşlik Eden Hastalık	Yok (n=45)	20,71-2,74 21- (15-26)	0,001*	20,09-2,78 21- (14-26)	0,019*
	Var (n=39)	18,26-3,87 18- (7-27)		18,56-3,08 19- (10-26)	

* Bağımsız örneklem t testi, ** Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Gözlerden Zihin Okuma Testi (Gözler Testi), Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB)

Tablo 4. Gözler testi skorlarının ölçek skorları ile korelasyon analizleri

	Anne Gözler Testi	
	R	p
Cocugun CODO skoru (n=84)	-0,528	<0.0001*
Anne TAO (n=84)	-0,303	0,005**
Anne BAO (n=84)	-0,064	0,565*
Anne BDO (n=84)	-0,103	0,353*
	Baba Gözler Testi	
	R	p
Cocugun CODO skoru (n=84)	-0,473	<0.0001*
Baba TAO (n=84)	-0,327	0,002*
Baba BAO (n=84)	0,034	0,761*
Baba BDO (n=84)	-0,210	0,056*

* Spearman korelasyon analizi, ** Pearson korelasyon analizi, Gözlerden Zihin Okuma Testi (Gözler Testi), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAO), Beck Depresyon Ölçeği (BDO), Beck Anksiyete Ölçeği (BAO), Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği (CODO)

ile Gözler Testi skoru arasında negatif yönlü ($r=-0,303$ $p=0,005$) anlamlı ilişki olduğu tespit edildi. Babanın TAÖ skoru ile Gözler Testi skoru arasında negatif yönlü ($r=-0,327$ $p=0,002$) anlamlı ilişki olduğu tespit edildi. BAÖ ve BDÖ ile Gözler Testi skoru arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmadı. (Tablo 4).

TARTIŞMA

Çalışmamızda, OSB tanılı çocukların ebeveynlerinde ZK değerlendirilmesi için uygulanan Gözler Testi sonuçları açısından anne ve babalar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır. Cinsiyet farklılığına dair hipotezimiz red edilmiştir. Çalışmamız OSB'li çocuğa sahip ebeveynlerde cinsiyet farkını göz ederek Gözler Testi ile yapılan ve ilişkili parametreleri değerlendiren ilk çalışma olduğu için literatüre katkıları olacağı düşüncesindeyiz.

OSB tanılı bireyler ile sağlıklı kontrol grubunun Gözler Testinden aldıkları skorların karşılaştırıldığı 18 çalışmanın gözden geçirme ve meta analiz çalışması yapılmıştır. Sonuç olarak kontrol gruplarındakilerin OSB'li bireylere göre Gözler Testi performansının daha iyi olduğunu gösterilmiştir (22). ZK'nın OSB gibi şizofreni hastalarında bozuk olduğu bildirilmiştir. Şizofreni hastalarının annelerinin Gözler Testi'nde kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha kötü performans sergiledikleri bulunmuştur (23). Ancak yaptığımız literatür taramalarında

OSB'li çocuğa sahip ebeveynlerde Gözler Testini cinsiyet farklılığını göz ederek değerlendiren veriye rastlamadık. Sağlıklı çocukların ebeveynleri ile karşılaştırıldıklarında, OSB'li çocukların ebeveynlerinin ilgisiz, katı, inatçı, içe dönük olma olasılığı daha yüksek bulunmuştur. Daha az yenilik ve heyecan arayan davranışlar sergiledikleri ve sosyal becerilerinin sınırlı olduğu saptanmıştır (24). OSB tanılı yetişkinler ve sağlıklı yetişkinler Gözler Testi kullanılarak karşılaştırılmış ve bu testin normal zekâlı yetişkinlerde otistik özelliklerin bir ölçüsü olan otizm spektrum anketi ile ters orantılı olduğu saptanmıştır. Gözler Testinin, sosyal duyarlılıkta bireysel farklılıkları tespit etme gücü olduğu görülmüştür (25).

Kadınların ortalama olarak erkeklere kıyasla empati yapma yönünde daha güçlü bir güdüsü vardır. Bu cinsiyet farkı, kısmen, fetal testosteronun etkisi altındaki beyin yapısı ve işlevindeki gelişimsel farklılıklar ile ilişkilendirilmiştir (26). Gözler Testi skoru ile yapılan çalışmalar sağlıklı yetişkinlerde kadınların erkeklere oranla daha iyi skorlar aldığını göstermiştir (25). Otizmlili bireylerin erkek akrabalarının, Down sendromlu bireylerin erkek akrabalarına kıyasla daha yüksek utangaçlık, rijitlik, irritabilite ve duyarlılık ifadeleri gösterdikleri saptanmıştır. Bununla birlikte, otizmlili bireylerin kadın akrabalarındaki özelliklerin ifadesi, Down sendromlu bireylerin kadın akrabalarınınkine benzer saptanmıştır (27). Sağlıklı bireylerde GOF özelliklerinin değerlendirildiği çalışmalar erkeklerin kadınlardan daha yüksek oranda GOF

ile uyumlu skorlar aldığını göstermektedir (28). Otizm spektrum anketi ile yapılan değerlendirmelerde OSB'li bireylerin ebeveynleri ile sağlıklı bireylerin ebeveynlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada sosyal beceri ve iletişim skorları otizmlili bireylerin ebeveynlerinde GOF'yi düşündürecek şekilde kontrol grubundaki ebeveynlerden daha yüksek bulunmuştur (29). Geniş otizm fenotipi anketi ile OSB'li çocukların ebeveynlerinin değerlendirildiği bir çalışmada otizmlili bireylerin babalarında anneler ile karşılaştırıldığında, azalmış sosyal etkileşim ihtiyacı üzerinde anlamlı derecede daha yüksek puanlar ortaya koymuşlardır (30). Otizm spektrum anketi ile OSB'li çocukların ebeveynlerinin kontrol grubu ile karşılaştırılmasında OSB'li bireylerin ebeveynlerinin yüksek skor aldıkları görülmüştür. Ancak babalarında annelerden daha yüksek skor aldıkları saptanmıştır. Çocukların babalarının %33'ünün, annelerin %23'ünün GOF kesim noktasında ya da üstünde puan aldığı görülmüştür (31). Çalışmalar kadınların daha iyi Gözler Testi skorları aldığını gösterse de bizim çalışmamızda OSB tanılı çocukların anneler ve babaları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

Çalışmamızda OSB şiddeti arttıkça hem anne hem de babalarda Gözler Testi skorlarının düştüğünü saptadık. Ortak bir genetik bileşenin, çocuklar ve ebeveynlerinin psikopatolojileri arasındaki ilişkiyi açıklayabileceği bilinmektedir. OSB'nin kalıtılabilirliğinin %90 kadar yüksek olduğu tahmin edilmektedir, bu da genetiğin OSB biyolojisine önemli ölçüde katkıda bulunduğunu düşündürmektedir. Ayrıca psikiyatrik bozukluklar ve OSB eti-yolojisi arasındaki paylaşılan genetik kökenin aile-lerdeki psikiyatrik yüke neden olabileceği düşünülmüştür (32,33). OSB'nin gelişiminde rol oynayan genetik mekanizmalar karmaşık ve heterojendir. Bu karmaşıklık, etkilenen bireylerde semptomların ve bozuklukların ciddiyeti ve klinik özelliklerinin çeşitliliğine yansımaktadır (34). Birinci olarak daha yüksek ÇODÖ skorlarının, OSB'li çocuk daha semptomatik olduğu için daha fazla çevresel yüke neden olabileceğini düşündük. İkinci olarak daha yüksek ÇODÖ skorlarının, yüksek oranda karmaşık ve çeşitli bir genetik yapıya işaret edebileceği düşünüldüğünde, daha fazla ailevi genetik yüke neden olacağını düşündük. Bu iki durumun ÇODÖ skoru arttıkça Gözler Testi skorunun düşmesini

açıklayacağı kanaatindeyiz.

Aleksitimi ile OSB arasında bir ilişki olduğu düşüncesi, her iki hasta türünün de benzer sosyal zorluklar sergilediği gözleminden yola çıkılarak geliştirilmiştir. Etiyolojik olarak, OSB ve aleksitimi üzerine yapılan araştırmalar aralarında genetik ve nörobiyolojik örtüşmeleri olduğunu da düşündürmektedir. OSB'li bireylerin yaklaşık yarısında aleksitimi olduğu tahmin edilmektedir, ancak rolünün doğası hala netleşmemiştir (35). Aynı zamanda, OSB'li bireylerin akrabalarında da aleksitimi yaygındır ve potansiyel olarak bu akrabalarda bulunan daha geniş otizm fenotipinin bir unsurunu oluşturmaktadır (36). Çalışmamızda anne ve babalar arasında TAÖ skorları açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak yapılan korelasyon analizlerinde TAÖ ölçek skorları arttıkça Gözler Testi ölçek skorlarının azaldığı saptanmıştır. Aleksitimi ile ZK arasında ilişkinin olduğu da bilinmektedir. Özellikle empatinin aleksitimi ile yakından ilişkili olduğu bildirilmiştir (37). Yüksek düzeyde aleksitiminin, ZK yetenekleri ile ilişkili olduğu düşünülen beyin bölgelerinin azalmış aktivasyonu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Yüksek ZK yetenekleri ve düşük aleksitimi düzeyinin, sosyal uyaranları yeteri kadar işleyebilme yeteneği sağladığı görülmüştür (38). Çalışmamızda saptanan TAÖ ve Gözler Testi arasındaki korelasyonun aleksitimi ile ZK arasındaki bağlantılardan kaynaklandığını düşündük. Çalışmamızdan bu alanda elde edilen verinin daha önceki çalışma verileri ile tutarlı olduğunu gördük.

Nörogelişimsel bozukluğu olan çocuğa sahip annelerde babalardan daha fazla oranda depresif semptom ve ebeveynlik stresi saptandığı bildirilmektedir (39,40). Ebeveynlerin depresif belirtileri ile çocuk davranış problemleri arasında karşılıklı ilişki olduğu da bilinmektedir (41). OSB'li çocuğa sahip annelerin babalardan daha fazla desteğe ihtiyaçları olduğu saptanmıştır (42). Dolayısı ile çocuk ile daha fazla vakit geçiren ve ebeveynlik stresi yaşayan annelerin daha yüksek oranda depresif belirtiyeye sahip olması beklenebilir. Çalışmamızda da beklenen şekilde, annelerde babalara oranla daha yüksek düzeyde depresif belirtilere işaret eden BDÖ skorları saptanmıştır.

Daha önceki çalışmalarda anneler GOF açısından babalardan daha az riskli iken bizim çalışmamızda anneler GOF açısından babalardan farklı değildi. Çalışmamızda anne ve babalar arasında fark bulunmamasının annelerin daha depresif olmaları ile ilişkili olabileceği ihtimalini de değerlendirmek istedik. Aleksitimi ve depresyonun iletişim kurma yeteneğinin azalması, kişilerarası iletişim sorunları ve kendi duyguları hakkında daha az açıklık gibi birçok özelliği paylaştıkları bilinmektedir. Ayrıca aralarında genetik bir bağlantı olduğu da öne sürülmektedir (43,44). Dolayısıyla çalışmamızda babalara oranla daha depresif olan annelerde daha kötü TAÖ ve Gözler Testi skorları beklenirdi. Ancak çalışmamızda OSB'li çocukların annelerinin daha depresif olmak ile birlikte aleksitimi ölçekleri babalar ile benzer sonuçlara ulaşmıştır. Bu durum şu şekilde yorumlanabilir; normal popülasyonda daha düşük GOF skorlarına sahip olan bu cinsiyetin depresif semptomatoloji ile GOF skorlarının erkek cinsiyetine yaklaştığıdır. Ayrıca daha yüksek eğitim düzeyinin ZK'yı olumlu etkilediği saptanmıştır (45). Çalışmamızda annelerin babalara kıyasla daha düşük eğitimi olmasının da bu sonuç üzerinde etkili olabileceğini düşündük. Ancak anne ve babalar arasında aleksitimi ölçeklerinde fark saptanmaması, bizde, çalışmamızın sonucunun annelerin depresif durumundan ve eğitim durumundan etkilenme ihtimalinin düşük olduğu kanaati oluşturmuştur.

Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı sağlıklı bir kontrol grubunun olmamasıdır. Her ne kadar amacımız OSB'li çocukların anne ve babaları arasındaki farkı incelemek olsa da sağlıklı kontrol grubunun eklenmesi verilerimiz açısından daha faydalı olabilirdi. Bir diğer kısıtlılığımız kalabalık bir metropolde kamu hastanesinde yapılan çalışmamız için büyük şehire dayalı çevresel stresörlerin varlığı ve daha düşük gelir grubundan katılımcıların olması gibi etkilerin dışlanamaması idi.

Çalışmamız sonucunda OSB'li çocukların anne ve babalarında ZK'yı ve dolaylı olarak GOF'yi değerlendirdiğimiz Gözler Testi skorları açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı. Ancak çocuklarda OSB semptom şiddetini ölçen ÇODÖ skorları arttıkça ebeveynlerde ZK'ya dair bozukluğun arttığı görüldü. OSB semptomları şiddetli olan çocukların ebeveynlerindeki daha yüksek bozulma oranları düşünüldüğünde, bu ebeveynlerde daha geniş kapsamlı ZK çalışmalarına ihtiyaç olduğu kanaatindeyiz.

Yazışma adresi: Dr. Öğr. Üyesi Tayfun Kara, Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Anabilim Dalı, Antalya tayfunkara@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Kaluzna-Czapliska J, Zurawicz E, Jozwik-Pruska J. Focus on the Social Aspect of Autism. *J Autism Dev Disord.* 2018; 48:1861-1867.
2. Fombonne E. Editorial: The rising prevalence of autism. *J Child Psychol Psychiatry.* 2018; 59:717-720.
3. Folstein SE, Rosen-Sheidley B. Genetics of autism: complex aetiology for a heterogeneous disorder. *Nat Rev Genet.* 2001; 2:943-955.
4. Yılmaz S, Kara T. Assessment of present and lifetime psychiatric disorders in siblings of children with autism spectrum disorder. *Bakırköy Tıp Dergisi.* 2018; 14:226-35.
5. Karst JS, Van Hecke AV. Parent and family impact of autism spectrum disorders: a review and proposed model for intervention evaluation. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2012; 15:247-77.
6. Chan KKS, Lam CB, Law NCW, Cheung RYM. From child autistic symptoms to parental affective symptoms: A family process model. *Res Dev Disabil.* 2018; 75:22-31.
7. Yirmiya N, Shaked M. Psychiatric disorders in parents of children with autism: a meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry.* 2005; 46:69-83.
8. Eyuboglu M, Baykara B, Eyuboglu D. Broad autism phenotype: theory of mind and empathy skills in unaffected siblings of children with autism spectrum disorder. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology.* 2017; 28:36-42.
9. Lord C, Rutter M, Le Couteur A. Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord.* 1994; 24:659-685.
10. Flippin M, Watson LR. Parental Broad Autism phenotype and the language skills of children with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord.* 2018 Jun;48(6):1895-1907
11. Ay R, Böke Ö, Pazvantoğlu O, Şahin AR, Sarısoy G, Arık AC, Güz H. Şizofreni hastaları ve birinci derece yakınlarında zihin kuramı ve duygu tanınmanın değerlendirilmesi. *Arch Neuropsychiatry.* 2016; 53: 338-343
12. Tager-Flusberg H, Sullivan K. A componential view of the theory of mind: evidence from Williams syndrome. *Cognition.* 2000; 76:59-90.
13. 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 Psychol Psychiatry.* 1997; 38:813-22.
14. Schwichtenberg AJ, Young GS, Sigman M, Hutman T, Ozonoff S. Can family affectedness inform infant sibling outcomes of autism spectrum disorders? *J Child Psychol Psychiatry.* 2010; 51:1021-1030.

15. Klusek J, Losh M, Martin GE. Sex differences and within-family associations in the broad autism phenotype. *Autism*. 2014; 18:106-16.
16. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing; 2013.
17. Yıldırım EA, Kaşar M, Güdük M, Ateş E, Küçükparlak İ, Özalmete EO. Gözlerden zihin okuma testinin Türkçe güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011; 22:177-86
18. Hisli, N. Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliliği Üzerine bir Çalışma. *Psikoloji dergisi*.1988; 22:118-126.
19. Ulusoy M. Beck Anksiyete Envanteri: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul. 1993
20. İncekaş-Gassaloğlu S, Baykara B, Avcil S, Demiral Y. Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2016; 27:266-274.
21. Güleç H, Köse S, Güleç MY, Çitak S, Evren C, Borckardt J, Sayar K. Reliability and factorial validity of the Turkish version of the 20-item Toronto alexithymia scale (TAS-20). *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2009; 19:214-220.
22. Peñuelas-Calvo I, Sareen A, Sevilla-Llewellyn-Jones J, Fernández-Berrocal P. The "Reading the Mind in the Eyes" test in autism-spectrum disorders comparison with healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *J Autism Dev Disord*. 2018 Nov 7. doi: 10.1007/s10803-018-3814-4. [Epub ahead of print]
23. Balıkcı K, Aydın O, Taş C, Esen-Danacı A. The Effect of theory of mind capacities of mothers of patients with schizophrenia on the severity of the diseases. *Türk Psikiyatri Derg*. 2018; 29:87-91.
24. Li X, Wang Q, Wu Y, Wang S, Huang Y, Li T. Personality characteristics and neurocognitive functions in parents of children with autism spectrum disorder. *Shanghai Arch Psychiatry*. 2017; 29:41-47.
25. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste Y, Plumb I. The "Reading the Mind in the Eyes" Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001; 42:241-51.
26. Chapman E, Baron-Cohen S, Auyeung B, Knickmeyer R, Taylor K, Hackett G. Fetal testosterone and empathy: evidence from the empathy quotient (EQ) and the "reading the mind in the eyes" test. *Soc Neurosci*. 2006; 1:135-48.
27. Murphy M, Bolton PF, Pickles A, Fombonne E, Piven J, Rutter M. Personality traits of the relatives of autistic probands. *Psychol Med*. 2000; 30:1411-24.
28. Austin EJ. Personality correlates of the broader autism phenotype as assessed by the Autism Spectrum Quotient (AQ). *Personality and Individual Differences*. 2005; 38:451-460.
29. Bishop DV, Maybery M, Maley A, Wong D, Hill W, Hallmayer J. Using self report to identify the broad phenotype in parents of children with autistic spectrum disorders: a study using the Autism Spectrum Quotient. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2004; 45: 1431-1436.
30. Seidman I, Yirmiya N, Milshtein S, Ebstein RP, Levi S. The Broad Autism Phenotype Questionnaire: mothers versus fathers of children with an autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*. 2012; 42:837-46.
31. Wheelwright S, Auyeung B, Allison C, Baron-Cohen S. Defining the broader, medium and narrow autism phenotype among parents using the Autism Spectrum Quotient (AQ). *Mol Autism*. 2010 Jun 17;1(1):10. doi: 10.1186/2040-2392-1-10.
32. Yorke I, White P, Weston A, Rafla M, Charman T, Simonoff E. The association between emotional and behavioral problems in children with autism spectrum disorder and psychological distress in their parents: A systematic review and meta-analysis. *J Autism Dev Disord*. 2018; 48:3393-3415.
33. Luhrs K, Ward T, Hudac CM, Gerds J, Stessman HAF, Eichler EE, Bernier RA. Associations between familial rates of psychiatric disorders and de novo genetic mutations in autism. *Autism Res Treat*. 2017;2017:9371964.
34. Pisula E, Ziegart-Sadowska K. Broader Autism Phenotype in Siblings of Children with ASD-A Review. *Int J Mol Sci*. 2015; 16:13217-13258.
35. Poquérousse J, Pastore L, Dellantonio S, Esposito G. Alexithymia and Autism Spectrum Disorder: A Complex Relationship. *Front Psychol*. 2018 Jul 17; 9:1196. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01196. eCollection 2018.
36. Szatmari P, Georgiades S, Duku E, Zwaigenbaum L, Goldberg J, Bennett T. Alexithymia in parents of children with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*. 2008; 38:1859-1865.
37. Demers LA, Koven NS. The Relation of Alexithymic Traits to Affective Theory of Mind. *Am J Psychol*. 2015; 128:31-42
38. Feldmanhall O, Dalgleish T, Mobbs D. Alexithymia decreases altruism in real social decisions. *Cortex*. 2013; 49:899-904.
39. Woodman AC. Trajectories of Stress among Parents of Children with Disabilities: A Dyadic Analysis. *Fam Relat*. 2014; 63:39-54.
40. Oelofsen N, Richardson P. Sense of coherence and parenting stress in mothers and fathers of preschool children with developmental disability. *J Intellect Dev Disabil*. 2006; 31:1-12.
41. Bagner DM, Pettit JW, Lewinsohn PM, Seeley JR, Jaccard J. Disentangling the temporal relationship between parental depressive symptoms and early child behavior problems: a transactional framework. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2013; 42:78-90
42. Hartley SL, Schultz HM. Support needs of fathers and mothers of children and adolescents with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*. 2015; 45:1636-1648.
43. Picardi A, Fagnani C, Gigantesco A, Toccaceli V, Lega I, Stazi MA. Genetic influences on alexithymia and their relationship with depressive symptoms. *J Psychosom Res*. 2011; 71:256-263.
44. Mattila AK, Poutanen O, Koivisto AM, Salokangas RK, Joukamaa M. The performance of diagnostic measures of depression in alexithymic and nonalexithymic subjects. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008; 30:77-79.
45. Franco MG, Smith PK. Theory of mind, old age, and educational opportunity in Colombia. *Int J Aging Hum Dev*. 2013; 77:107-125.

Profile differences of medical doctors from three different hospitals in Turkey concerning burnout, job satisfaction, and depression

Türkiye'de üç farklı hastanedeki tıp doktorlarının farklı profillerinin tükenmişlik, iş doyumu ve depresyon ile ilişkisi

Başak Şahin¹, Esra Musaoğlu², Bilge Doğan³, Armağan Yıldırım⁴, Tayyibe Arslan⁵, Hasan Şahin⁶

¹Assis. Prof., Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Çanakkale Onsekiz Mart University, Çanakkale, Turkey

²M.D., Department of Psychiatry, Sakarya Yenikent State Hospital, Sakarya, Turkey

³Assis. Prof., Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Adnan Menderes University, Aydın, Turkey

⁴M.D., Department of Psychiatry, Ankara Dr Abdurrahman Yurtarslan Oncology Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

⁵M.D., Department of Psychiatry, Balıkesir State Hospital, Balıkesir, Turkey

⁶M.D., Department of Anesthesiology and Reanimation, Çanakkale Onsekiz Mart University, Medicine Faculty, Çanakkale, Turkey

SUMMARY

Objective: This study aimed to compare job satisfaction, burnout, and depression scores of medical doctors from different regions in Turkey. **Method:** A cross-sectional study was performed during October 2013 in three cities from Turkey. Participants were asked to self-administer a demographic information questionnaire, the Minnesota Satisfaction Questionnaire (Internal work satisfaction-IWS and External work satisfaction-EWS), the Beck Depression Inventory (BDI), the Maslach Burnout Inventory (MBI), Maslach Emotional Exhaustion Score (MEES), and Maslach Personal Accomplishment Score (MPAS). **Results:** Mean (\pm SD) Total work satisfaction score was 66.2 ± 12.6 . 118 participants had BDI scores of 10 or less while 40 participants had 11 or higher scores. Proportions for poor depersonalization, emotional exhaustion, and personal accomplishment were 18.6% ($n=29$), 5.8% ($n=9$), and 81.9% ($n=127$) respectively. There were significant differences concerning some variables between the three cities. Most of the doctors in Şirnak and Hakkari were younger, single, and less experienced compared to the more developed Çanakkale ($p<0.05$). **Discussion:** In a hierarchical regression analysis, independent of the other factors, MPAS and MEES were predictors of the total job satisfaction score. MPAS and MEES are the most significant independent variables affecting job satisfaction. Decreasing stressors and assuring a motivating and supportive environment may prove to be helpful in the enhancement of job satisfaction.

Key Words: Burnout, Depression, Developmental Indices, Job Satisfaction, Medical Doctors

(*Turkish J Clinical Psychiatry* 2019;22:148-156)

DOI: 10.5505/kpd.2019.73792

ÖZET

Amaç: Bu çalışma Türkiye'deki farklı bölgelerden gelen tıp doktorlarının iş doyumu, tükenmişlik ve depresyon puanı düzeylerini karşılaştırmayı amaçlamıştır. **Yöntem:** Ekim 2013'te Türkiye'den üç şehirde kesitsel bir çalışma yapıldı. Katılımcılardan; bir demografik bilgi anketi, Minnesota Memnuniyet Anketi (Dahili iş memnuniyeti-IWS ve Harici iş memnuniyeti-EWS), Beck Depresyon Envanteri (BDI), Maslach Tükenmişlik Envanteri (MBI), Maslach Duygusal Tükenme Puanı (MEES) ve Maslach Kişisel Başarı Puanı (MPAS)'nı kendilerinin doldurması istendi. **Bulgular:** Ortalama (\pm SD) Toplam iş memnuniyeti puanı 66.2 ± 12.6 idi. Toplam 118 katılımcı BDI'dan 10 veya daha az puan alırken, 40 katılımcı 11 veya daha yüksek puan aldı. Yetersiz duyarsızlaşma, duygusal tükenme ve kişisel başarı oranları sırasıyla % 18,6 ($n = 29$), % 5.8 ($n = 9$) ve % 81.9 ($n = 127$) idi. Şehirler. Şirnak ve Hakkari'deki doktorların çoğu daha gelişmiş olan Çanakkale'ye göre daha genç, bekâr ve daha az deneyimliydi ($p < 0.05$). **Sonuç:** Bir hiyerarşik regresyon analizinde; diğer faktörlerden bağımsız olarak MPAS ve MEES toplam iş memnuniyeti puanının yordayıcılarıydı. MPAS ve MEES iş tatminini etkileyen en önemli bağımsız değişkenlerdir. Streslerin azaltılması ve motive edici ve destekleyici bir ortamın sağlanması, iş tatminini artırmada yardımcı olabilir.

Anahtar Sözcükler: Tükenmişlik, Depresyon, Gelişim Endeksleri, İş Tatmini, Tıp Doktorları.

INTRODUCTION

Burnout, depression and job satisfaction are interconnected. Burnout is strongly correlated with depression and inversely associated with job satisfaction. On the other hand, burnout has negative effect on job satisfaction and job performance, and can lead to mental health issues, including anxiety, depression, and suicide (1).

Burnout and depression are highly prevalent among medical doctors (2). Burnout in the life of health care workers is the construct used to describe the psychological state resulting from a prolonged period of high stress levels in their professional lives. It was initially conceptualized as a syndrome resulting from contact with people who are suffering (3).

The concept of burnout, depression, and job satisfaction has also raised the attention of Turkish researchers. High levels of exhaustion was reported among nurses working in the emergency wards (4), general practitioners (5), and specialty trainees (6). Turkey is a multicultural society with the east and southeastern parts being relatively less developed. Although it was reported that burnout was higher among physicians working in the less developed eastern areas (7), there are no studies comparing differences between east and west.

Age, sex, educational level, working conditions, and job satisfaction have been found as significantly affecting burnout (1,2,4–9). We decided to conduct a study looking into the relationships of different factors affecting job satisfaction, burnout, and depression by comparing data obtained from cities with different developmental indices and run a hierarchical regression analysis for this purpose. Hence, this study aimed to examine the burnout levels of medical doctors from different regions in Turkey and evaluate the relationship between burnout, job satisfaction, depression, and some demographic factors.

METHODS

This is a cross-sectional study to evaluate the rela-

tionship between burnout, job satisfaction, depression, and some demographic factors in Turkey.

Population and Sampling

The study population consisted of medical doctors working in the Çanakkale, HakkariYüksekova, and Şırnak State Hospitals during October 2013. The total number of physicians employed in the given hospitals was 136, 23, and 47, respectively. We targeted all medical doctors and achieved high response rates (Figure 1).

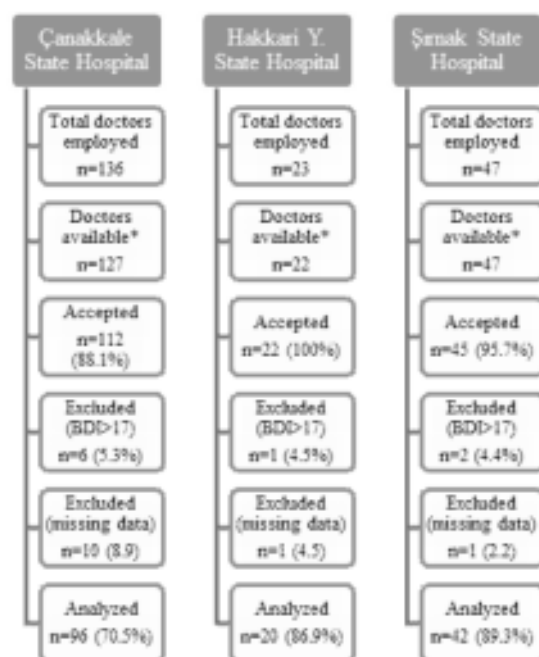
Study Variables

The central study hypothesis was that there were no differences in the job satisfaction scores of physicians from different cities in Turkey. Hence, the primary outcome variable was the Total Work Satisfaction Score. Independent study variables were hospital location (city), age, sex, marital status, income perception, duration in the occupation, length of work in the hospital, branch (surgical vs. non-surgical), Beck Depression Inventory Score (BDIS), Maslach Depersonalization Score (MDS), Maslach Emotional Exhaustion Score (MEES), and Maslach Personal Accomplishment Score (MPAS).

Settings

The study was conducted in three state hospitals from different provinces in Turkey during October 2013. It was demonstrated that the socioeconomic development is not equally distributed across the country. Çanakkale is in the west of Turkey, in the Marmara region, with a mean developmental index of 1.166, whereas Hakkari is in the eastern Anatolia where the average developmental index is -0.861, and Şırnak is in the southeast with a mean developmental index of -0.919. The individual developmental indices of Çanakkale, Hakkari, and Şırnak were reported as 0.494, -1.369, and -1.404, respectively (10). There are also security problems due to ongoing regional conflict within some of the cities in the east and southeast. Thus, it can be hypothesized that physician burnouts may be related to the developmental level and geographical

Figure 1. Study flow diagram.



* Medical Doctors on sick leave, holidays, or away for some temporary duty were not included regionof the town.

Data Collection Tools

In addition to the demographic questions, three scales were used for data collection. All scales were in the five-point Likert type.

The Maslach Burnout Inventory (11) was developed by Maslach and Jackson in 1981 and adapted into Turkish by Ergin in 1992 (12). It consists of 20 items and has three sub-scales: Depersonalization (MDS), Emotional Exhaustion (MEES), and Personal Accomplishment (MPAS). The Depersonalization and Emotional Exhaustion subscales use negative responses while the Personal Accomplishment subscale has positive responses. A person with burnout is expected to have high MDS and MEES, and low MPAS. Based on established criteria for evaluating the results of the Maslach Burnout Inventory (13), poor scores are ≥ 40 for emotional exhaustion, ≥ 15 for depersonalization, and ≤ 36 for personal accomplishment.

Minnesota Satisfaction Questionnaire was deve-

loped by Weiss et al. (14) in 1967 and validated for Turkish by Baycan in 1985 (15). Three scores are calculated from the 22-item tool: Internal Work Satisfaction Score (IWSS), External Work Satisfaction Score (EWSS), and Total Work Satisfaction Score (TWSS). Increased scores mean increased job satisfaction.

The Beck Depression Inventory (BDI) was developed by Beck et al. (16) in 1961 and adapted into Turkish by Hisli in 1989 (17). This instrument is composed of 21 items and scores of 1-10, 11-16, 17-20, 21-30, 31-40, and 41-63 are interpreted as normal, medium level affect disturbance, clinical depression, medium level depression, high-level depression, and severe depression, respectively.

Data Collection

Participants were invited to fill the self-administered questionnaires by the researchers at their workplaces. Questionnaires with more than 10% missing data were excluded from the study (12 participants).No diagnostic clinical interviews were conducted with the participants. Also, participants

Table 1: Profile differences of the medical doctors between the three cities.

		City						Chi-Square	p
		Sirnak		Hakkari		Canakkale			
		n	%	n	%	n	%		
Sex	Female	18	29,0	6	9,7	38	61,3	0.951	0.621
	Male	24	25,0	14	14,6	58	60,4		
Age	25-29	6	37,5	9	56,3	1	6,3	81.930	<0.001
	30-34	21	47,7	9	20,5	14	31,8		
	35-39	10	38,5	1	3,8	15	57,7		
	40-44	4	14,3	1	3,6	23	82,1		
	45 and more	1	2,3	0	0,0	43	97,7		
Marital Status	Married	28	22,4	11	8,8	86	68,8	17.344	<0.001
	Single	14	42,4	9	27,3	10	30,3		
	Widow	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
	Divorced	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Income perception	Insufficient	8	40,0	1	5,0	11	55,0	7.807	0.099
	Partially sufficient	23	28,8	7	8,8	50	62,5		
	Sufficient	11	19,3	12	21,1	34	59,6		
Duration in the occupation (years)	1-5	8	40,0	9	45,0	3	15,0	68.219	<0.001
	6-11	23	46,9	9	18,4	17	34,7		
	12-17	9	29,0	1	3,2	21	67,7		
	18 and more	2	3,6	1	1,8	53	94,6		
Duration of work in the hospital (years)	0-1	37	47,4	19	24,4	22	28,2	71.099	<0.001
	2-5	4	18,2	1	4,5	17	77,3		
	6-11	0	0,0	0	0,0	14	100,0		
	11-18	1	4,2	0	0,0	23	95,8		
	18 and more	0	0,0	0	0,0	19	100,0		
Branch	Internal med. Sci.	22	24,4	13	14,4	55	61,1	0.914	0.633
	Surgical sciences	20	29,9	7	10,4	40	59,7		

who had 17 or more scores from the BDI (n=10) were considered as having potential limitations in providing data, and thus, not included in the analysis. As it is known, BDI >17 is compatible with moderate depressive findings. Considering that the increase in the severity of depressive symptoms would have a negative effect on the burnout and job satisfaction scale scores ten participants who had 17 or more scores were excluded from the study.

Ethical approval was obtained from the ethics committee of 18 Mart University Medical Faculty in Çanakkale. Also, permission was taken from the relevant hospital management and verbal consent from the participants.

Data Analysis

The data were analyzed using SPSS v. 18.0. Normal distribution of the numerical variables was checked

using skewness. Logarithmic transformation was applied for the skewed variables. Continuous data were expressed as the mean \pm standard deviation (SD), while categorical data were expressed as n and %. The Chi-Square, Student t-test, and one-way analysis of variance (ANOVA) were used for bivariate comparisons, while the Pearson correlation analysis was used to check for relationships between numerical variables and ensure meeting the requirements of the regression analysis. The effects of the independent variables on the total job satisfaction scores were evaluated with the hierarchical regression analysis. Autocorrelation was checked with the Durbin-Watson coefficient. Statistical significance was set to $p < 0.05$.

RESULTS

Results for a total of 158 physicians were analyzed (Table 1). The female/male ratio was 62/96 (39.2%/60.8%). Our sample included participants from all age groups.. Ninety participants (57.3%)

Table 2: Differences in the studied score variables between the three cities.

	City						ANOVA	
	Sirnak		Hakkari		Canakkale		F	p
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD		
Beck Depression Inventory Score	7.6	6.3	9.5	7.8	6.1	5.3	3.109	0.047
Internal Work Satisfaction Score	40.9	8.9	40.5	5.0	43.2	7.6	1.808	0.167
External Work Satisfaction Score	23.9	5.7	23.7	5.3	23.7	6.3	0.018	0.982
Total Work Satisfaction Score	65.7	14.1	64.2	8.0	66.9	12.9	0.420	0.658
Maslach Depersonalization Score	10.9	3.9	11.3	3.7	10.5	4.1	0.332	0.718
Maslach Emotional Exhaustion Score	25.3	7.5	29.2	10.2	24.6	8.1	2.530	0.083
Maslach Personal Accomplishment Score	30.1	6.0	29.2	5.7	31.8	5.4	2.519	0.084

were from internal medical branches while 67 (42.7%) were from surgical medical branches. Of the participants, 125 (79.1%) were married while 33 (20.9%) were single. Most of the participants (35.9%; n=56) were in the occupation for 18 years or more while the proportion of participants with 1-5, 6-11, and 12-17 years in the occupation was 12.8% (n=20), 31.4% (n=49), and 19.9% (n=31) respectively. 12.7% (n=20) of the participants were perceiving their income as insufficient, 51.0% (n=80) as partially sufficient, and 36.3% (n=57) as sufficient.

Mean (\pm SD) for Beck Depression Score, Internal Work Satisfaction Score, External Work Satisfaction Score, Total Work Satisfaction Score, Maslach Depersonalization Score, Maslach Emotional Exhaustion Score, and Maslach Personal Accomplishment Score were 6.9 ± 6.0 ,

42.2 ± 7.7 , 23.7 ± 6.0 , 66.2 ± 12.6 , 10.7 ± 4.0 , 25.40 ± 8.3 , and 30.98 ± 5.6 , respectively. 118 participants (74.7%) had BDI scores of 10 or less, while 40 participants (25.3%) had scores 11 to 17. Proportions for poor depersonalization, emotional exhaustion, and personal accomplishment were 18.6% (n=29), 5.8% (n=9), and 81.9% (n=127) respectively.

There were significant differences in some variables between the three cities. Most of the physicians in Şırnak and Hakkari were younger, single, and less experienced. However, there were no significant differences regarding sex, income perception, and branch (Table 1).

There was a significant relationship between income perception and job satisfaction scores.

Table 3: Correlations between burnout, job satisfaction, and depression scores.

		EWSS	TWSS	MDS	MEES	MPAS	BDIS
IWSS	Pearson r	0.676**	0.936**	-0.426**	-0.577**	0.494**	-0.327**
	p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
	N	153	153	152	152	151	153
EWSS	Pearson r		0.893**	-0.298**	-0.445**	0.187*	-0.289**
	p		<0.001	<0.001	<0.001	0.021	<0.001
	N		153	152	152	151	153
TWSS	Pearson r			-0.401**	-0.565**	0.407**	-0.337**
	p			<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
	N			155	155	154	156
MDS	Pearson r				0.638**	-0.323**	0.311**
	p				<0.001	<0.001	<0.001
	N				156	155	156
MEES	Pearson r					-0.324**	0.516**
	p					0.000	<0.001
	N					155	156
MPAS	Pearson r						-0.218**
	p						0.007
	N					151	154
						155	155

BDIS: Beck Depression Inventory Score, IWSS: Internal work satisfaction score, EWSS: External work satisfaction score, TWSS: Total work satisfaction score, MDS: Maslach Depersonalization Score, MEES: Maslach Emotional Exhaustion Score, MPAS: Maslach Personal Accomplishment Score

Table 4: Hierarchic regression computer output analyzing variables independently affecting total job satisfaction scores.

Model	Variable	SE	t	p	95% CI for beta		
					Lower	Upper	
1	Age	-0.009	0.019	-0.447	0.655	-0.047	0.030
	City	0.022	0.015	1.421	0.158	-0.009	0.052
	Sex	0.019	0.019	0.996	0.321	-0.019	0.057
	Income perception	0.055	0.016	3.426	0.001	0.023	0.087
2	Age	-0.026	0.016	-1.600	0.112	-0.059	0.006
	Sex	0.012	0.013	0.929	0.355	-0.014	0.037
	City	0.010	0.016	0.594	0.553	-0.022	0.042
	BDI	0.041	0.014	2.978	0.003	0.014	0.067
	Income perception	-0.018	0.019	-0.944	0.347	-0.056	0.020
	MPAS	0.004	0.001	3.135	0.002	0.001	0.006
	MDS	-0.035	0.051	-0.680	0.498	-0.135	0.066
	MEES	-0.257	0.061	-4.204	0.000	-0.379	-0.136

SE: Standard Error, CI: Confidence Interval, BDIS: Beck Depression Inventory Score, MPAS: Maslach Personal Accomplishment Score, MDS: Maslach Depersonalization Score, MEES: Maslach Emotional Exhaustion Score

Compared to participants with sufficient income perception, participants with insufficient/partially sufficient income perception had significantly lower IWS (40.5 ± 8.1 vs. 45.2 ± 5.9 ; $t = -3.737$, $p < 0.001$), EWS (22.2 ± 5.7 vs. 26.4 ± 5.7 ; $t = -4.356$, $p < 0.001$), and TWS (62.8 ± 12.4 vs. 71.9 ± 10.9 ; $t = -4.559$, $p < 0.001$).

Although the differences in the score variables were favoring Çanakkale, only BDI scores reached significance with a p-value near the threshold (Table 2).

All the studied numerical variables were interrelated with a minimum significant correlation coefficient of 0.218 (Table 3). BDIS showed a strong correlation with TWSS (Figure 2) and MEES (Figure 3).

A hierarchic regression analysis was applied in two steps. In the first step, the potential confounders were entered into the model. In the second step, the score variables were entered, which demonstrated that independent of the other factors, MPAS and MEES were predictors of the total job satisfaction score (Table 4). Although income perception was significant in Model 1, it became non-significant in Model 2. The R² for Model 1 and Model 2 were 0.10 and 0.40, respectively.

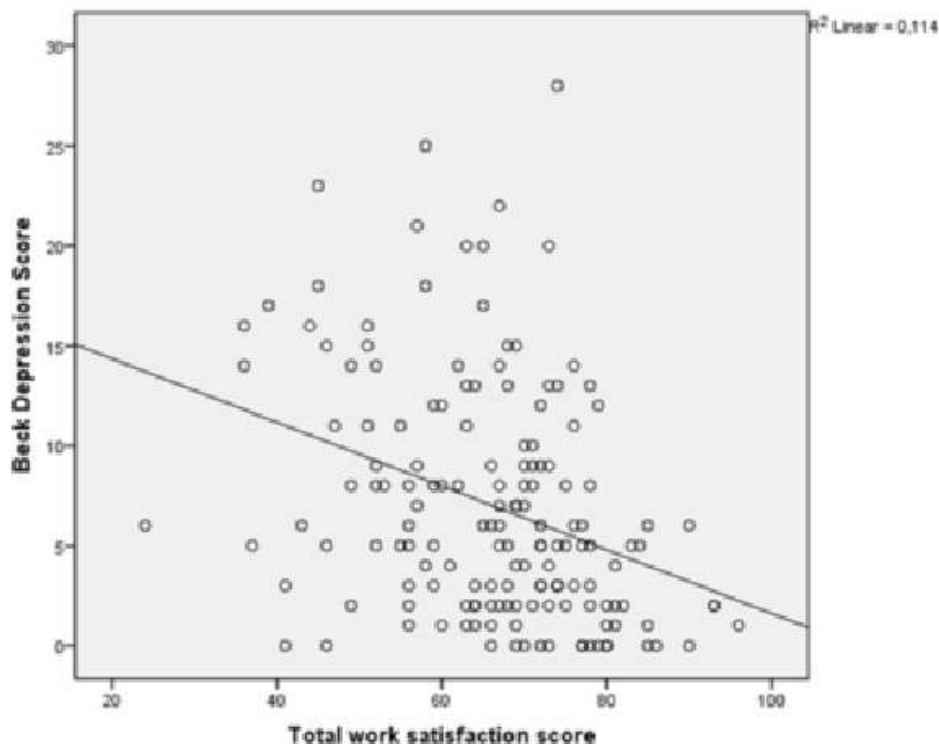
DISCUSSION

Several essential deductions can be inferred from

this study. First, it was demonstrated that cities in Turkey with different developmental indices have different doctor profiles. Second, job satisfaction, burnout, and depression are interrelated. In context with our study aims, probably the most critical finding is that among the studied variables, only MPAS and MEES were independently affecting job satisfaction.

The descriptive statistics on our sample show that the participants were not emotionally exhausted but had high levels of depersonalization and low levels of personal accomplishment. There were significant problems in the studied individuals concerning job satisfaction, depression, and burnout scores. Burnout is understood to be a pattern of responses to stressors at work. Work overload has been shown to be one of the critical antecedents of burnout (18). Emotional exhaustion, on the other hand, is considered to be the first stage in the burnout syndrome and central to the experience of burnout. It has been consistently shown to be directly related to high levels of work demand (19). Time away from clinical practice is crucial to job satisfaction and emotional well-being (20). Therefore, it seems to be essential to allow spare time for physicians in their busy schedule for doing relaxing activities outside their clinical practice.

It is evident that medical doctors do not prefer to stay in the hospitals in underdeveloped areas for longer times. Turkey's mandatory service program was effective at mitigating staffing discordance. However, despite improvement in the specialist

Figure 2. Correlation between BDIS and TWSS.

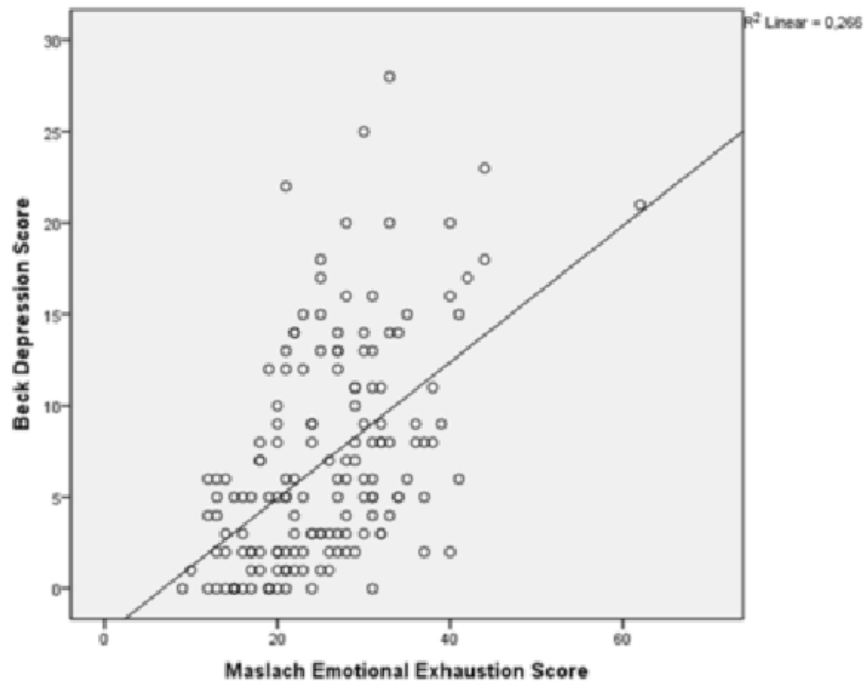
distribution, there was no change in workload of specialists, indicating a significant shortage (7,21). Since Çanakkale is precisely opposite of Şırnak/Hakkari, on the more developed Western side of Turkey, a city difference concerning burnout could be expected, which was not the case. We assume that the younger and thus single physicians stay in the underdeveloped areas for short periods, doing their compulsory service. However, city itself did not come up as a significant variable predicting job satisfaction. Nonetheless, as Maslach(22) has suggested, age should not be confused with experience. Additionally, the social focus of burnout, the solid research basis concerning the syndrome, and its specific ties to the work domain should also be taken into consideration.

One of the important findings of this study was the significant correlations between job satisfaction, burnout, and depression scores. Karaoglu et al. (6) have found a positive relationship between the burnout levels of pediatric residents and their anxiety, depression, and loneliness scores. They also demonstrated an apparent negative correlation regarding intrinsic, extrinsic, and total job satisfaction. This relationship has also been documented by other researchers (2,23,24). Thus, we agree that

a better understanding of this relationship will help enable healthcare administrators to design and implement tools to address these entities as a combined goal rather than treat each issue separately.

Low job satisfaction, burnout, and depression have significant consequences both for the physicians involved and for the health system (18). At the individual level, there will be mental and physical health problems. At the organizational level, adverse organizational outcomes such as absenteeism, high staff turnover rates (25), and diminished productivity (26) should be expected, which are important factors for the overall effective functioning of the health services (27). Perhaps even more important, however, is the relationship of these factors with the quality of care. It has been shown that sustained continuity of care improves the quality of care, especially for patients with chronic conditions (28). Although it was not the scope of our study, we can claim that one main reason for the relatively low quality of health services in eastern Anatolia (29) might be the lack of continuity in physicians in this region.

Figure 3. Correlation between BDIS and MEES.



Limitations

Although we reached relatively high response rates within the studied hospitals, this study was conducted in only three cities from different regions. However, Turkey has seven regions and 81 provincial centers. The sampling of other towns with different developmental indices could provide further information. The inclusion of other health personnel such as nurses and midwives could yield remarkable results as well.

Conclusion

Job satisfaction, burnout, and depression are inter-related. Any institutional or individual quality improvement activity should take this fact into account. MPAS and MEES are most significant independent variables affecting job satisfaction. Thus, decreasing stressors and assuring a motivating and supportive environment may prove to be helpful in the enhancement of job satisfaction. On the other hand, compulsory services for physicians in underdeveloped areas of Turkey seem not to be significantly decreasing job satisfaction or leading to burnout.

Correspondence address: M.D. Hasan Sahin, Department of Anesthesiology and Reanimation, Canakkale Onsekiz Mart University, Medicine Faculty, Canakkale, Turkey
drhasan@comu.edu.tr

REFERENCES

1. Tarcan M, Hikmet N, Schooley B, Top M, Tarcan GY. An analysis of the relationship between burnout, socio-demographic and workplace factors and job satisfaction among emergency department health professionals. *Appl Nurs Res* 2017;34:40–7.
2. Govardhan LM, Pinelli V, Schnatz PF. Burnout, depression and job satisfaction in obstetrics and gynecology residents. *Conn Med* 2012;76:389–95.
3. Cordes CL, Dougherty TM. A review and an integration of research on job burnout. *Acad Manag Rev* 1993;623–56.
4. Kavlu I, Pinar R. Effects of Job Satisfaction and Burnout on Quality of Life in nurses who work in emergency services. *Türkiye Klin J Med Sci* 2009;29:1543–55.
5. Sünter AT, Canbaz S, Dabak Ş, Öz H, Pekşen Y. The levels of burnout, work-related strain and work satisfaction in general practitioners. *Genel Tıp Derg* 2006;16:9–14.
6. Karaoglu N, Pekcan S, Durduran Y, Mergen H, Odabasi D, Ors R. A sample of paediatric residents' loneliness-anxiety-depression-burnout and job satisfaction with probable affecting factors. *J Pak Med Assoc* 2015;65:183–91.
7. Taycan O, Erdoğan TS, Çelik C. The impact of compulsory health service on physicians and burnout in a province in Eastern Anatolia. *Türk Psikiyat Derg* 2013;24:182–91.
8. Havle N, İlnem MC, Yener F, Gümüş H. Burn-out syndrome, JOB satisfaction among psychiatrists working in Istanbul and their relationships with different variables. *Düşünen Adam* 2008;21:4–13.
9. Ozyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *J Assoc Physicians* 2006;99:161–9.
10. Albayrak AS, Savaş F. The year of 2012 socioeconomic development ranking of provinces in Turkey according to geographic regions. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg* 2015;11:1–22.
11. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organizational Behavior* 1981;2:99–113.
12. Ergin C. Application of the Maslach Burnout Inventory to physicians and nurses.. Hacettepe Univ. VIIth Psychol Congr, 1992.
13. Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory Manual*. 2nd ed. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press; 1986.
14. Weiss DJ, Dawis R V, England GW, Lofquist LH. *Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire Minnesota Studies in Vocational Rehabilitation, Bulletin 45*. Minneapolis, MN Univ Minnesota 1967.
15. Baycan FA. *An Analysis of The Several Aspects of Job Satisfaction Between Different Occupational Groups*. Bogazici University, 1985.
16. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;561–71.
17. Hisli N. Reliability and validity of the Beck Depression Inventory for university students. *Psikol Derg* 1989;7:3–13.
18. Cordes CL, Dougherty TW. A review and an integration of research on job burnout. *Acad Manag Rev* 1993;18:621.
19. Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willan a R, Montesanto B, Evans WK. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ* 2000;163:166–9.
20. Lloyd S, Streiner D, Shannon S. Burnout, depression, life and job satisfaction among Canadian emergency physicians. *J Emerg Med* 1994;12:559–65.
21. Erus B, Bilir A. Obligatory service requirement and physician specialist distribution in Turkey. *Econ Bull* 2015;35:441–51.
22. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001;52:397–422.
23. Reyes-Torres M, Ríos-Santos JV, López-Jiménez A, Herrero-Climent M, Bullón P. Job satisfaction and depression in the Spanish Society of Periodontology and Research (SEPA) members, and their relation to the burnout syndrome. Creation of a structural model. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012 Sep 1;17 (5):e821-4.
24. Becker JL, Milad MP, Klock SC. Burnout, depression, and career satisfaction: Cross-sectional study of obstetrics and gynecology residents. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195:1444–9.
25. Demiral Y, Akvardar Y, Ergör A, Ergör G. The impact of job satisfaction on anxiety and depression levels among university physicians.. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg* 2006;20:157–64.
26. Erol A, Akarca F, Değerli V, et al. Burnout and Job Satisfaction Among Emergency Department Staff.. *Klin Psikiyat* 2012;15:103–10.
27. Felton JS. Burnout as a clinical entity--its importance in health care workers. *Occup Med*. 1998;48:237–50.
28. Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract* 2004;53:974–80.
29. Aktürk Z, Ateşoğlu D, Çiftçi E. Patient satisfaction with family practice in Turkey: Three-year trend from 2010 to 2012. *Eur J Gen Pract* 2015;21:238–45.

Kişilik bozukluğunda cinsel fiziksel istismar: Menderes kişilik bozukluğu araştırma sonuçları

Sexual physical abuse in personality disorder: Menderes personality disorder research results

Hülya Arslantaş¹, Orkun Erkayıran², Çiğdem Dereboy³, Mehmet Eskin⁴, Ferhan Dereboy³

¹Prof. Dr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın <https://orcid.org/0000-0002-3018-2314>

²Araş.Gör., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın <https://orcid.org/0000-0002-4308-9725>

³Prof. Dr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Aydın <https://orcid.org/0000-0001-9105-1513> , <https://orcid.org/0000-0001-8155-2242>

⁴Prof. Dr., Koç Üniversitesi, İnsani Bilimler ve Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul <https://orcid.org/0000-0001-9916-9268>

ÖZET

SUMMARY

Amaç: Bu çalışma çocukluk travmasının farklı türleri ile DSM-IV kişilik bozuklukları arasındaki ilişkiyi araştırmak amacı ile yapılmıştır. **Yöntem:** Araştırmanın verileri batıda bir ilde bir üniversitenin Psikiyatri kliniğinde ve polikliniğinde 2010-2013 yılları arasında tedavi gören 120 hastadan toplanmıştır. Hastalar hem SCID-II yoluyla DSM-III-R kişilik bozuklukları ölçütleri yönünden, hem de DSM-IV-TR eksen I patolojileri yönünden değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Araştırmaya yaşları 16 ile 63 yıl arasında değişen toplam 120 (80 kadın, 40 erkek) psikiyatri hastası katılmıştır. Katılımcıların %65'i ayaktan, %35'i serviste yatarak tedavi görmekteydi. Psikiyatri hastalarının yaklaşık %32'si cinsel istismara, %70'i ise fiziksel istismara uğradığını bildirmiştir. Sınır kişilik bozukluğu ile cinsel istismar sıklığı arasında anlamlı düzeyde bir ilişkinin olduğu ve sınır kişilik bozukluğu tanıılı hastaların cinsel istismar öyküsü verme olasılıklarının diğer hastalarla karşılaştırıldığında yaklaşık altı kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Spesifik kişilik bozukluğu tanıları ile fiziksel istismar öyküsü arasındaki ilişkiyi incelemeye yönelik analizlerin sonuçları sınır kişilik bozukluğu tanısı alan hastalar arasında fiziksel istismara maruziyetin görece daha yüksek oranlarda bildirilebileceğini (Olasılık Oranı; 6,6 kat) ortaya koymaktadır. Sınır kişilik bozukluğu tanıılı hastalarda istismar öyküsü olasılığı, diğer kişilik bozukluğu tanıılı veya kişilik bozukluğu tanısı olmayan hastalarla karşılaştırıldığında yaklaşık 5,5 kat daha yüksektir. Araştırmaya katılan hastaların yaklaşık 3/4'ü kişilik bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamıştır. Yaklaşık 1/3'ü herhangi bir yaşta cinsel istismara uğramış olup cinsel fiziksel istismarda en çok tanılanan kişilik bozukluğu türü sınır kişilik bozukluğudur. **Sonuç:** Bu bulgular sonucunda çocukluk dönemi istismar ve ihmallerinin önlenmesinde özellikle okullarda bilgilendirici eğitimler başta olmak üzere koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin rolüne vurgu yapılabilir.

Anahtar Sözcükler: Kişilik bozukluğu, cinsel istismar, fiziksel istismar

Objective: This study was conducted with the aim of investigating the relationship between different types of childhood trauma and DSM-IV personality disorders. **Method:** The research's data were collected from 120 patients who were treated in a psychiatric clinic and a polyclinic between 2010-2013 at a university in the west. Patients were evaluated for both DSM-III-R personality disorders by SCID-II and DSM-IV-TR axis I pathologies. **Results:** A total of 120 (80 female, 40 male) psychiatric patients aged between 16 and 63 years participated in the study. 65% of the participants were treated from out patient, and 35% of them were hospitalized. Approximately 32% of psychiatric patients reported sexual abuse and 70% physical abuse. It is found that there is a significant relationship between borderline personality disorder and the frequency of sexual abuse and that the probability of borderline personality disorder is approximately six times higher when compared to other patients. The results of an analysis of the relationship between specific personality disorder diagnoses and physical abuse narratives reveal that the rate of physical abuse among patients receiving borderline personality disorder can be reported at a higher rate (Odds ratio: 6.6 times). Borderline personality disorder is approximately 5.5 times more likely to be diagnosed in patients with diagnosed positive abuse than other patients with personality disorder or personality disorder. Approximately 3/4 of the patients participating in the study did not meet the diagnostic criteria for personality disorder. Approximately 1/3 of people with sexual abuse at any age and the most common diagnosis of sexual physical abuse are personality disorder type borderline personality disorder. **Discussion:** As a result of these findings, it is possible to emphasize the role of preventive mental health services, especially informative education in schools, especially in the prevention of childhood abuse and neglect.

Key Words: Personality disorder, sexual abuse, physical abuse

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2019;22:157-168)

DOI: 10.5505/kpd.2018.44265

Makalenin geliş tarihi: 10.09.2018, Yayına kabul tarihi: 06.01.2019

157

GİRİŞ

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı olan (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., DSM-IV) DSM-IV'de kişilik bozukluğu (KB) "Bireyde kendisini öznel sıkıntı ve/veya toplumsal-mesleki işlevsel bozuklukla ortaya koyan biçimde, uzun süreli uyum bozukluğu ve katı eğilimlerin var olması" şeklinde tanımlanmıştır (1). Kişilik bozukluklarının patolojisi ile ilgili olarak önceki çalışmalar genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimini ileri sürse de (2,3,4), erken çocukluk deneyimlerinin, özellikle de çocukluk istismarının yetişkin kişilik bozukluğuna katkısının önemli olduğu görülmektedir (5,6).

Yapılan çalışmalarda yetişkinlikteki psikiyatrik durumlarla çocukluk travması (ÇT) ve kişilik bozuklukları arasında ilişki olduğu saptanmıştır (7,8,9,10,11,12,13,14). Kişilik bozukluğu olan bireylerin; duygusal ve fiziksel ihmalin yanı sıra duygusal ve fiziksel istismar gibi çocukluk istismarlarını da daha fazla bildirdikleri gösterilmiştir (11,15). Tyrka ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada çocukluk kötüye kullanımı ve yetişkin kişilik bozukluğu semptomlarında kötüye kullanım tipinin etkisini araştırmışlardır. Çalışma sonucunda cinsel, fiziksel ve duygusal istismar ya da ihmal bildiren yetişkinlerin bildirmeyen yetişkinlere göre daha fazla KB semptomları sundukları bildirilmiştir. Deneklerin %16,5'i ihmal, %15,8'i duygusal istismar, %13,5'i fiziksel istismar ve %10,7'si cinsel istismar bildirmişlerdir (16). Yapılan bir çalışmada kişilik bozukluğu olan bireyler arasında kendine fiziksel zarar verme davranışının sıklığı %21,4, özkiyım girişimi sıklığı ise %10,1 olarak bildirilmiştir. Herhangi bir çocukluk dönemi travması belirten denekler, belirtmeyenlere göre daha yüksek derecede dissosiyatif belirtiler göstermekte, daha sık olarak kendine fiziksel olarak zarar vermekte ve özkiyım girişiminde bulunmaktadırlar (17).

Geçmiş çalışmalar; çekingen kişilik bozukluğu (18), sınır kişilik bozukluğu (19,20,21) ve antisosyal kişilik bozukluğu (22) gibi kişilik bozukluklarının değişik türlerine katkı sağlayan travmatik çocukluk deneyimlerinin rolünden söz etmişlerdir. Hem

paranoid hem de antisosyal kişilik bozukluklarının yordayıcıları olarak çocukluk cinsel ve fiziksel istismarlarının altı çizilmiştir (12). Çocukluk çağı istismarlarının her üç küme kişilik bozukluğundaki etkileri farklı olup B küme kişilik bozukluklarında en önemli etkiye sahip olduğu bildirilmektedir (23).

Martín-Blanco ve ark. (2014) sınır kişilik bozukluğu (SKB) tanılu hastalarda yapmış oldukları bir çalışmada örneklemin yaklaşık %70'inin bazı istismar formlarını ya da ihmalini bildirdiklerini belirtmişlerdir (24). Sınır kişilik bozukluğu olgularında çocukluk çağı cinsel fiziksel istismarı çok yaygın olarak bildirilmektedir. Sınır kişilik bozukluğu olgularının %30 ile %90'ının çocuklukta bazı travmatik olay türlerini deneyimledikleri belirtilmektedir (13,15,25,26). Özellikle SKB'deki çocukluk istismarı üzerine yapılan retrospektif çalışmalar cinsel istismarı %40 ve %71 arasında (13,25), fiziksel istismarı %25 ile %73 arasında (25,27) ve duygusal istismarı %13 ile %76 arasında (13,28) belirtmektedir. Çocukluk travması SKB gelişiminde rol alan ana çevresel faktör olarak düşünülmektedir. Bu bulgular çocukluk duygusal istismarı ve ihmalinin kişilik bozukluklarında rol oynadığını ve sınır kişilik bozukluğu olan hastaların klinik ağırlık indeksleri ile ilişkilendirildiğini ortaya koymaktadır.

Kişilik bozuklukları için risk faktörlerini tanımlamak, önleyici müdahaleleri geliştirmede önemli katkı sağlayacaktır. Bu çalışma ile kişilik bozukluklarının ürettiği önemli psikiyatrik sorunların yanı sıra, önceki çalışmalardaki sınırlılıklar göz önüne alınarak, retrospektif bildirimlerdeki çocukluk travmasının farklı türleri (cinsel istismar, fiziksel istismar) ile DSM-IV kişilik bozuklukları arasındaki ilişkiyi araştırmak amacı ile yapılmıştır. Araştırmanın sorusu; çocukluk istismarının farklı türleri farklı kişilik bozuklukları ile ilişkili midir?

Araştırmanın hipotezleri ise;

Ho: Psikiyatri hastalarının genel kişilik bozukluğu tanıları ile cinsel ve/veya fiziksel istismara uğrama sıklıkları arasında fark yoktur.

H1: Psikiyatri hastalarının genel kişilik bozukluğu

tanıları ile cinsel ve/veya fiziksel istismara uğrama sıklıkları arasında fark vardır.

Ho: Psikiyatri hastalarının SCID II spesifik kişilik bozukluğu tanıları ile cinsel ve/veya fiziksel istismara uğrama sıklıkları arasında fark yoktur.

H1: Psikiyatri hastalarının SCID II spesifik kişilik bozukluğu tanıları ile cinsel ve/veya fiziksel istismara uğrama sıklıkları arasında fark vardır.

olarak belirlenmiştir.

YÖNTEM

Prosedür

Tıp Fakültesi Etik Kurulundan alınan onayın (2010/042) ardından, psikiyatri kliniğinde ayaktan veya yatarak tedavi gören ve tedavi için başvuran ardışık hastalardan bilgilendirilmiş onam formu ve öz bildirim ölçeklerini okuyup anlayıp doldurabilecek olanlar araştırmaya katılmaya davet edilmiştir. Düşük eğitim veya zeka düzeyi, psikotik veya nörokognitif bozukluğu nedeniyle işbirliği yapamayacak olan hastalar çalışmaya alınmamışlardır. Yazılı onam vererek çalışmaya alınan 120 hastanın Ekim 2010 ve Kasım 2011 ayları arasında ilk tanınasal değerlendirmeleri gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri 2010-2013 tarihleri arasında toplanmıştır.

İlk tanınasal değerlendirme aşamasında her katılımcı bir veya iki klinisyen tarafından hem Ruhsal Bozuklukların Tanınasal ve İstatistiksel El Kitabı DSM-III-R (29) Eksen II Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (30) SCID-II yoluyla DSM-III-R KB tanı ölçütleri yönünden, hem de DSM-IV-TR (31) eksen I patolojileri yönünden değerlendirilmiştir. Hastaların bireysel klinisyen değerlendirmelerinin tamamlanması ve verilerin ön analizlerinin gerçekleştirilmesinin ardından, her bir katılımcının tek tek topluca değerlendirildiği uzmanlar panelinin toplantılarına geçilmiştir. Psikiyatrik tanıların geçerliğini sınamak için "altın standart" ların yokluğu nedeniyle, bunun yerini tutmak üzere LEAD (Longitudinal, Expert, All Data) prosedürünün izlenmesi önerilmektedir

(32). Panel toplantılarında bu öneriyle uyarlı biçimde, her bir hastanın kliniğimizde tedavisi süresince birikmiş olan tüm uzunlamasına psikososyal/demografik/klinik veriye dayanarak katılımcıda genel anlamda KB olup olmadığının uzmanların ortak görüşleriyle belirlenmesi amaçlanmıştır. 2012 yılında gerçekleştirilen bu toplantılara üç uzman katılmıştır. Biri psikiyatri profesörü (FD) ve ikisi klinik psikoloji profesörü (ÇD ve ME) olan uzmanların, o tarihte toplam klinik deneyimleri 82 yılı bulmaktaydı. Yanı sıra bu toplantılara, hastalarını sunmak ve gerekli bilgileri vermek üzere, bireysel derecelendirmeleri yapan klinisyenlerden üçü (ÖYY, ED ve EŞ), araştırmada koordinatör görevi yapan ve güvenilirlik derecelendirmelerine katılan bir psikiyatri asistanı (ÇKD) ve servis sorumlu hemşiresi (PŞ) katılmıştır. Verilecek kararların verimliliğini arttırmak amacıyla, gözden geçirilen hastaya ilişkin gözlem ve bilgilerin tanıya yönelik doğurgularının neler olduğuna ilişkin görüşler toplantıya katılan klinisyenler arasında açıkça tartışılmıştır (33). Bu tartışmalar o tarihte yürürlükteki DSM-IV-TR günümüzde DSM-V (34) genel KB tanı ölçütleri göz önüne alınarak, uzmanlar paneli her bir katılımcıda KB var veya yok konusunda görüş birliğine varana dek sürmüştür. Çalışmada her bir katılımcı için hangi kişilik bozukluğu ölçütlerinden kaç tanesinin karşılandığı veri dosyasına girilmiş, böylelikle kişilik bozukluğu tipleri için ayrı ayrı ölçüt puanları elde edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Anket formu: Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerine ilişkin yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, algılanan sosyo ekonomik durumu, yatan/ayaktan hasta olup olmadığı ve yaşamları boyunca yapmış oldukları intihar girişimlerini sorgulayan sekiz sorudan oluşan bir formdur.

DSM-III-R Eksen II Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-II): Kişilik bozukluklarının değerlendirilmesi amacıyla Spitzer ve ark. (35) tarafından geliştirilmiş olup dilimize çevirisi Sorias ve ark. (30), güvenilirlik çalışması ise Coşkunol ve ark. (36) tarafından yapılmıştır. SCID-II, kişilik bozukluklarının tanı

ölçütlerini taramak amacıyla geliştirilmiş 120 soruluk bir öz-bildirim formu içermekte ve klinik görüşme sırasında özellikle formda “evet” olarak yanıtlanmış maddeler üzerinde durularak hangi ölçütlerin karşılandığı klinisyen tarafından değerlendirilmektedir.

İstismar Öyküsü Taramaya Yönelik Anket Formu: Drossmann ve ark. (37) tarafından geliştirilen form hem cinsel hemde fiziksel istismarı, hem 13 yaş öncesi hemde 14 yaş sonrası dönem olarak sorgulamakta ve iki bölümden oluşmaktadır. 13 yaş öncesi ve 14 yaş sonrası döneme ilişkin olarak cinsel istismarı sorgulayan bölümde altışar, fiziksel istismarı sorgulayan bölümde ise birer soru bulunmaktadır. Her bir soru evet hayır şeklinde yanıtlanmaktadır. Daha önce formun dilimize çevirisi yapılarak bir tez çalışmasında kullanılmıştır (38).

İstatistik Analizler

Tanı alma/almama veya istismara uğrama/uğramama oranları yüzdeler olarak hesaplanmış ve verilmiştir. Değerlendirmeciler arası tutarlılık Kappa istatistiği ile incelenmiştir. KB tanısına ilişkin değişkenlerle istismara ilişkin değişkenler arasındaki ilişkinin anlamlılığı ki-kare analiziyle, ilişkinin derecesi ise olasılık oranı aracılığıyla incelenmiştir. Tüm analizler sosyal bilimler için istatistik paket programı olan SPSS 17 yardımıyla gerçekleştirilmiştir (39).

BULGULAR

Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri

Araştırmaya yaşları 16 ile 63 yıl arasında değişen (Ort=35,7, SS=12,5) 80 (%66,7) kadın ve 40 (%33,3) erkek psikiyatri hastası katılmıştır. Katılımcıların 78'i (%65) ayaktan, 42'si (%35) serviste yatarak tedavi görmekteydi. Bekar olanların sayısı 51 (%42,5), evli olanların 53 (%44,2), ayrı, boşanmış veya dul olanların 16 (%13,3) olarak belirlenmiştir. Çalışma durumu açısından bakıldığında, 39 (%32,5) hasta çalışıyor, 31 (%25,8) hasta ev hanımı, 26 (%21,7) hasta öğrenci, 13 (%10,8) hasta işsiz ve 11 (%9,2) hasta

emekli idi. Katılımcıların örgün eğitim görme süresinin 3 ile 22 yıl (Medyan=5 yıl) arasında değiştiği belirlenmiştir. Kendi öznel değerlendirmelerine göre, katılımcıların %27,1'inin sosyoekonomik düzeyi yüksek (n=30) veya çok yüksek (n=2), %60,2'sinin orta (n=71) ve %12,7'sinin düşük (n=9) veya çok düşük (n=6) olarak bulunmuştur.

Yaşamı boyunca hiç intihar girişiminde bulunmadığını bildiren katılımcı sayısı 99 (%82,5), en az bir intihar girişiminde bulunmuş olanların sayısı 21 (%17,5) olarak bulunmuştur. DSM-IV eksen I tanılarına göre gruplandığında, 70 katılımcı (%59,8) duygudurum bozukluğu, 47 katılımcı (%40,2) anksiyete bozukluğu ve 7 katılımcı (%6,0) somatoform bozukluk tanısı almıştır.

Katılımcıların kişilik bozukluğu tanıları

Uzmanlar panelinin değerlendirmesine göre çalışmaya katılan hastaların 80'i (%66,7) genel KB tanı ölçütlerini karşılamakta idi. Klinisyenlerin SCID-II ile yaptıkları bireysel değerlendirmelere göre de katılımcıların 81'inde (%67,5) en az bir DSM-III-R KB tanısı söz konusuydu. Kappa istatistiğinin 0,68 olarak hesaplanması, iki tanılama yöntemi arasındaki uyuşmanın iyi düzeyde olduğunu göstermekte dolayısıyla klinisyen tanılarının uzman tanıları karşısındaki geçerliğini desteklemektedir.

Cinsel istismar ve kişilik bozukluğu ilişkisi

Katılımcıların 38'i (%31,7) herhangi bir yaşta cinsel istismara uğradığını bildirmiştir. Uzmanlar panelinden genel KB tanısı alan ve almayan hasta gruplarının cinsel istismarın yaşına ve türlerine göre karşılaştırma sonuçları Tablo 1'de özetlenmiş olup, tablodaki veriler hiçbir karşılaştırmada iki grup arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığını göstermektedir (Tablo 1).

Klinisyenlerin SCID-II uygulayarak koydukları spesifik KB tanıları ile cinsel istismar öyküsü verme arasındaki ilişkiye yönelik analiz sonuçları incelendiğinde, sadece sınır KB ile cinsel istismar sıklığı arasında anlamlı düzeyde bir ilişkinin olduğu

Tablo 1: Genel kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan psikiyatri hastalarının pozitif cinsel istismar öyküsü oranları açısından karşılaştırılması

İstismar Türü		Kişilik Bozukluğu				χ^2	P	OO	(%95 GA)
		Yok (n=40)		Var (n=80)					
		n	%	n	%				
Cinsel İstismar	≤13 yaş	1	3,0	11	14,5	3,08*	0,10	5,41	0,67-43,80
	≥14 yaş	3	8,6	10	12,7	0,40*	0,75	1,55	0,39-6,00
	Her yaş	2	6,5	13	17,3	2,14*	0,22	3,04	0,64-14,36
Hastaya cinsel organların gösterilmesi	≤13 yaş	1	3,0	9	12,0	2,19*	0,27	4,36	0,53-35,95
	≥14 yaş	6	17,1	13	16,5	0,00**	1,00	0,95	0,33-2,76
	Her yaş	4	12,9	17	22,7	0,77**	0,37	1,97	0,61-6,44
Hasta ile cinsel ilişkiye kalkışılması	≤13 yaş	2	6,1	11	14,5	1,56*	0,34	2,62	0,55-12,56
	≥14 yaş	5	14,3	15	19,0	0,12**	0,73	1,41	0,47-4,23
	Her yaş	4	12,9	18	24,0	1,04**	0,31	2,13	0,66-6,91
Hastanın cinsel organlarına dokunulması	≤13 yaş	1	2,9	6	8,0	0,99*	0,43	2,87	0,33-24,81
	≥14 yaş	4	11,8	10	12,7	0,02**	1,00	1,09	0,32-3,74
	Her yaş	3	9,7	11	14,9	0,51*	0,75	1,63	0,42-6,30
Tacizcinin kendi cinsel organlarına dokundurtması	≤13 yaş	1	2,9	10	13,2	2,72*	0,16	5,00	0,61-40,73
	≥14 yaş	7	20,0	17	21,5	0,00**	1,00	1,09	0,41-2,94
	Her yaş	5	15,6	18	24,0	0,50**	0,47	1,71	0,57-5,08
Tacizcinin hastayı cinsel ilişkiye zorlaması	≤13 yaş	1	3,1	5	6,6	0,51*	0,66	2,18	0,25-19,50
	≥14 yaş	1	2,9	6	7,6	0,88*	0,67	2,71	0,31-23,43
	Her yaş	1	3,3	8	10,7	1,47*	0,44	3,46	0,41-28,96
Başka türlü istismar	≤13 yaş	3	7,5	18	22,5	3,18	0,07	3,58	0,99-12,99
	≥14 yaş	7	17,5	24	30,0	1,57	0,21	2,02	0,79-5,20
	Her yaş	8	20,0	30	37,5	3,10**	0,08	2,40	0,98-5,89

*Fisher exact test **Yates

göze çarpmaktadır. Bulgularımıza göre sınır KB tanılı hastaların cinsel istismar öyküsü verme olasılıkları diğer hastalarla karşılaştırıldığında yaklaşık yedi kat daha yüksektir (Tablo 2).

Fiziksel istismar ve kişilik bozukluğu ilişkisi

Uzmanlar panelince KB genel tanı ölçütlerini karşıladığı konusunda görüş birliğine varılan 80 hastanın 59'u (%73,8) herhangi bir yaşta fiziksel istismara maruz kaldığını belirtirken, KB tanısı almayan 40 hastanın 29'u (%72,5) herhangi bir yaşta fiziksel istismara maruz kaldığını bildirmiştir. Fiziksel istismarın şiddeti ve maruziyet yaşına göre iki grup arasında yapılan karşılaştırmaların sonuçları gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymuştur (Tablo 3).

Klinisyenlerin SCID-II spesifik KB tanıları ile fiziksel istismar öyküsü arasındaki ilişkiyi incelemeye yönelik analizlerin sonuçları sınır KB tanısı alan hastalar arasında fiziksel şiddete maruziyetin görece daha yüksek oranlarda bildirilebileceğini

(OO; 6,6 kat), paranoid hastalar arasında ise istatistiksel anlamlılığa yakın olabileceğini (OO; 3,8 kat) ortaya koymaktadır (Tablo 4).

Genel olarak cinsel ve/veya fiziksel istismar ile kişilik bozukluğu ilişkisi

Herhangi bir yaşta cinsel ve/veya fiziksel istismara maruz kalmış olma oranları, uzmanlar paneline göre KB olan 80 hasta arasında 59 (%73,8), KB olmayan 40 hasta arasında ise 27 (%67,5) bulunmuş olup iki grup arasındaki fark anlamlı düzeye ulaşmamaktadır ($\chi^2=0,51$; $p=0,47$). Öte yandan spesifik KB tanıları ile genel anlamda istismar öyküsü arasındaki ilişkiyi incelemeye yönelik analiz sonuçları, sadece sınır KB için anlamlı düzeyde bir ilişkiye işaret etmektedir. Buna göre, sınır KB tanılı hastalarda istismar öyküsü olasılığı, diğer KB tanılı veya KB tanısız hastalarla karşılaştırıldığında yaklaşık 5,5 kat daha yüksektir ($\chi^2=4,74$; $p=0,03$) (Tablo 5).

Tablo 2: SCID-II Spesifik kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan psikiyatri hastalarının cinsel istismar öyküsü oranları açısından karşılaştırılması

Kişilik Bozukluğu		Cinsel İstismar				χ^2	P	OO	(%95 GA)
		Yok (n=82)		Var (n=38)					
		n	%	n	%				
Çekingen KB	Yok	73	68,9	33	31,1	0,12*	0,76	1,23	0,38 - 3,95
	Var	9	64,3	5	35,7				
Bağımlı KB	Yok	81	69,8	35	30,2	3,59*	0,09	6,94	0,69 - 69,09
	Var	1	25,0	3	75,0				
Obsesif Kompulsif KB	Yok	75	66,4	38	33,6	3,46*	0,09	0,66	0,58 - 0,76
	Var	7	100,0	0	0,0				
Pasif Agresif KB	Yok	76	70,4	32	29,6	2,07*	0,19	2,38	0,71 - 7,92
	Var	6	50,0	6	50,0				
Kaçınan KB	Yok	77	67,5	37	32,5	0,66*	0,66	0,42	0,05 - 3,69
	Var	5	83,3	1	16,7				
Paranoid KB	Yok	68	70,1	29	29,9	0,37**	0,54	1,51	0,59 - 3,87
	Var	14	60,9	9	39,1				
Şizotipal KB	Yok	81	69,8	35	30,2	3,60*	0,09	6,94	0,70 - 69,09
	Var	1	25,0	3	75,0				
Şizoid KB	Yok	81	69,2	36	30,8	1,74*	0,24	4,50	0,40 - 51,24
	Var	1	33,3	2	66,7				
Histrionik KB	Yok	58	68,2	27	31,8	0,00**	1,00	0,99	0,42 - 2,30
	Var	24	68,6	11	31,4				
Narsistik KB	Yok	69	67,6	33	32,4	0,01**	0,91	0,80	0,27 - 2,44
	Var	13	72,2	5	27,8				
Sınır KB	Yok	74	77,1	22	22,9	15,02**	0,00	6,73	2,54 - 17,80
	Var	8	33,3	16	66,7				
Antisosyal KB	Yok	79	68,1	37	31,9	0,09*	1,00	0,71	0,07 - 7,08
	Var	3	75,0	1	25,0				

*Fisher Exact test **Yates

TARTIŞMA

Katılımcıların 38'i (%31,7) herhangi bir yaşta cinsel istismara uğradığını bildirmiştir. Genel KB tanısı alan ve almayan hasta gruplarının cinsel istismara uğramanın yaşı ve türüne göre karşılaştırma sonuçları incelendiğinde hiçbir karşılaştırmada iki grup arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı görülmektedir. Bierer ve ark. (2003) yapmış oldukları çalışmada olguların %78'inin bazı çocukluk travma formlarını karşıladığını ve bir çoğunun istismar ve ihmal bildirdiğini (12), Arslan ve ark. (1997) ise hastaların 26'sında (%72,2) örseleyici çocukluk yaşantısı öyküsü olduğunu bulmuşlardır (40). Zhang ve ark. (2012) yapmış oldukları çalışmada duygusal ihmal için ortalama skorun tüm kişilik bozukluğu gruplarında aynı olduğunu ve duygusal ihmalin anlamlı olarak kişilik bozukluğu olmayan gruptan yüksek olduğunu bulmuşlardır (23). Grilo ve Masheb (2002) hastaların %82'sinin bazı çocukluk istismarı formlarını bildirdiğini ve %30'unun en az bir kişilik bozukluğu kriterini karşıladığını, duygusal istismarın C küme kişilik bozukluklarının tümü ile özellikle de çekingen/kaçınan kişilik bozukluğu ile anlamlı olarak ilişkilendirildiğini bildirmişlerdir

(41). Yaptığımız çalışmada hastaların yaklaşık 1/3'ü herhangi bir yaşta cinsel istismara uğradığını bildirmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda istismar ve ihmal oranlarının daha yüksek bildirildiği görülmektedir. Bunun nedeni çalışmamızda araştırmada kullanılan soruların cinsel istismarı açıkça sorgulamasından ve cinsel istismarın da istismar türleri içindeki en ağır formlarından biri olmasından dolayı bildirim daha az olmuş olabilir. Genel KB tanısı alan ve almayan hasta gruplarının cinsel istismara uğramanın yaşı ve türü açısından aralarındaki farkın anlamlı düzeyde olmamasının nedeni ise bütün hastaların psikiyatri polikliniğine ya da kliniğine başvurmuş olmaları nedeni ile zaten fiziksel ve cinsel istismar açısından risk grubunu oluşturuyor olmaları olabilir.

Klinisyenlerin SCID-II uygulayarak koydukları spesifik KB tanıları ile cinsel istismar öyküsü verme arasındaki ilişkiye yönelik analiz sonuçları incelendiğinde, sadece SKB ile cinsel istismar sıklığı arasında anlamlı düzeyde bir ilişkinin olduğu göze çarpmaktadır. Bulgularımıza göre SKB tanılı hastaların cinsel istismar öyküsü verme olasılıkları diğer hastalarla karşılaştırıldığında yaklaşık yedi kat daha yüksektir. Sınır kişilik bozukluğu etyolo-

Tablo 3: Genel kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan psikiyatri hastalarının fiziksel istismar öyküsü oranları açısından karşılaştırılması

İstismar Türü	Kişilik Bozukluğu						χ^2	P	OO	(%95 GA)
	Yok (n=40)		Var (n=80)							
	n	%	n	%						
Fiziksel İstismar										
≤13 yaş	Hastaya vurma, tekmeleme, dövme	Yok	13	32,5	30	37,5	0,11*	0,73	0,80	0,36 – 1,78
		Var	27	67,5	50	62,5				
	Hastanın yaşamını ciddi tehdit etme	Yok	27	67,5	56	70,0	0,00*	0,94	0,89	0,39 – 2,01
		Var	13	32,5	24	30,0				
	Her yaş	Yok	13	32,5	27	33,8	0,00*	1,00	0,94	0,42 – 2,12
		Var	27	67,5	53	66,3				
14 yaş	Hastaya vurma, tekmeleme, dövme	Yok	17	42,5	34	42,5	0,00*	1,00	1,00	0,46 – 2,15
		Var	23	57,5	46	57,5				
	Hastanın yaşamını ciddi tehdit etme	Yok	24	60,0	47	58,8	0,00*	1,00	1,05	0,48 – 2,28
		Var	16	40,0	33	41,3				
	Her yaş	Yok	16	40,0	31	38,8	0,00*	1,00	1,05	0,48 – 2,29
		Var	24	60,0	49	61,3				
Fiziksel istismara maruziyet (Genel olarak)	≤13 yaş	Yok	13	32,5	27	33,8	0,00*	1,00	0,94	0,42 – 2,12
		Var	27	67,5	53	66,3				
	≥14 yaş	Yok	16	40,0	31	38,8	0,00*	1,00	1,05	0,48 – 2,29
		Var	24	60,0	49	61,3				
	Her yaş	Yok	11	27,5	21	26,3	0,00*	1,00	1,06	0,45 – 2,50
		Var	29	72,5	59	73,8				

*Yates

jisinde çocukluk istismarlarının rolüne odaklanan çok sayıda çalışmaya rastlanmaktadır (40,41,42,43,44,45,46,47,48,49). Bu çalışmalar hem cinsel hem de fiziksel istismarın sınır kişilik bozukluğu olan hastalar tarafından yaygın olarak bildirildiklerini bulgulamışlardır. Bazı çalışmalar %10 ile %73 arasında sınır kişilik bozukluğu olan hastanın bir ebeveyn ya da yetişkin bakım verici tarafından fiziksel istismara uğradıklarını (40,41,42,43,44,45,46,47,48,49), bazılarında %10 ile %33'ünün tam zamanlı bir bakım verici ile enest ilişkileri olduğunu bildirmişlerdir (41,42,43,44,45,46,47,48,49). Bakım verici olmayanlar tarafından çocukluk cinsel istismarının prevalansını araştıran çalışmalar, sınır kişilik bozukluğu olan hastalar tarafından bildirilen bütün oranların %16 ile %71 arasında bir aralıkta olduğunu bildirmişlerdir (41,43,44,45,46,47,48,50). Bütün ilişkili çalışmalar yakın-komşu karşılaştırma olgularından anlamlı olarak yüksek yüzdede sınır kişilik bozukluğu hastasının çocukluk cinsel istismar öyküsü bildirdiklerini bulmuşlardır (41,45,48,49). Zanarini ve ark. (1997) yapmış oldukları çalışmada sınır kişilik bozukluğu hastalarının %91'inin bazı çocukluk istismarı türlerini, %92'sinde bazı çocukluk ihmal türlerini

bildirdiğini, sınır kişilik bozukluğu olan hastaların bakım verici tarafından duygusal ve fiziksel istismara uğrama ve bakım verici olmayan biri tarafından cinsel istismara uğrama bildirimlerinin diğer kişilik bozukluğu hastalarından anlamlı olarak daha olası olduğunu bulmuşlardır (51). Bu son sonuçlar bazılarınca cinsel istismarın sınır kişilik bozukluğunun gelişiminde temel etyolojik faktör olduğu şeklinde yorumlanmıştır (52).

Uzmanlar panelince KB genel tanı ölçütlerini karşıladığı konusunda görüş birliğine varılan 80 hastanın 59'u (%73,8) herhangi bir yaşta fiziksel istismara maruz kaldığını belirtirken, KB tanısı almayan 40 hastanın 29'u (%72,5) herhangi bir yaşta fiziksel istismara maruz kaldığını bildirmiştir. Fiziksel istismar şiddeti ve maruziyet yaşına göre iki grup arasında yapılan karşılaştırmaların sonuçları gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymuştur. Bir çalışmada (53), çocukluk istismarı yüksek olan bireyler çocukluk istismarı düşük olan bireylere oranla daha fazla kişilik bozukluğu semptomu bildirmiş olup histriyonik, narsisistik ve bağımlı kişilik bozuklukları hariç bütün kişilik bozuklukları alt ölçekleri için çocukluk istismarı anlamlı bulunmuştur. Başka bir çalışmada (16),

Tablo 4: SCID-II Spesifik kişilik bozukluğu tanısı alan ve olmayan psikiyatri hastalarının fiziksel istismar öyküleri oranları açısından karşılaştırılması

Kişilik Bozukluğu	Fiziksel İstismar				χ^2	P	OO	(%95 GA)	
	Yok (n=38)		Var (n=82)						
	n	%	n	%					
Çekingen KB	Yok	33	31,1	73	68,9	0,12*	0,76	0,81	0,25 - 2,62
	Var	5	35,7	9	64,3				
Bağımlı KB	Yok	37	31,9	79	68,1	0,09*	1,00	1,41	0,14 - 13,97
	Var	1	25,0	3	75,0				
Obsesif Kompulsif KB	Yok	36	31,9	77	68,1	0,03*	1,00	1,17	0,22 - 6,32
	Var	2	28,6	5	71,4				
Pasif Agresif KB	Yok	34	31,5	74	68,5	0,02*	1,00	0,92	0,26 - 3,26
	Var	4	33,3	8	66,7				
Kaçınan KB	Yok	36	31,6	78	68,4	0,01*	1,00	0,92	0,16 - 5,27
	Var	2	33,3	4	66,7				
Paranoid KB	Yok	35	36,1	62	63,9	3,56**	0,06	3,76	1,04 - 13,57
	Var	3	13,0	20	87,0				
Şizotipal KB	Yok	37	31,9	79	68,1	0,09*	1,00	1,41	0,14 - 13,97
	Var	1	25,0	3	75,0				
Şizoid KB	Yok	38	32,5	79	67,5	1,43*	0,55	0,68	0,60 - 0,77
	Var	0	0,0	3	100,0				
Histriyonik KB	Yok	23	27,1	62	72,9	2,18**	0,14	0,50	0,22 - 1,13
	Var	15	42,9	20	57,1				
Narsistik KB	Yok	30	29,4	72	70,6	0,98**	0,32	0,52	0,19 - 1,45
	Var	8	44,4	10	55,6				
Sınır KB	Yok	36	37,5	60	62,5	6,30**	0,01	6,60	1,47 - 29,74
	Var	2	8,3	22	91,7				
Antisosyal KB	Yok	37	31,9	79	68,1	0,09*	1,00	1,41	0,14 - 13,97
	Var	1	25,0	3	75,0				

*Fisher Exact test **Yates

fiziksel ya da cinsel istismar bildiren katılımcılar, duygusal istismar ya da duygusal ihmal bildiren kontrollerden daha fazla kişilik bozukluğu semptomu göstermişlerdir. Fiziksel kötüye kullanım (KK), duygusal KK ve ihmal oranları da KB olanlarda KB olmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Fiziksel ve duygusal KK ve ihmal oranları KB ve kişilik özelliği olan gruplarda KB olmayan gruba göre daha yüksektir (54). Yaptığımız çalışmada genel KB tanısı konan ve konmayan hasta gruplarının fiziksel istismara uğramanın yaşı ve türüne göre aralarındaki farkın anlamlı düzeyde olmamasının nedeni Türk kültürünün özelliklerden kaynaklanıyor olabilir. Kültürümüzde ağaç yaşken eğilir, kızını dövmeyen dizini döver, eti senin kemiği benim, büyüktür döverde severde gibi fiziksel şiddeti onaylayıcı yaklaşımlar bu bulgunun nedenini açıklayıcı olabilir.

Klinisyenlerin SCID-II spesifik KB tanıları ile fiziksel istismar öyküsü arasındaki ilişkiyi incelemeye yönelik analizlerin sonuçları sınır ve paranoid KB

tanısı konan hastalar arasında fiziksel istismara maruziyetin görece daha yüksek oranlarda bildirilebileceğini (OO sırasıyla; 6,6 ve 3,8 kat) ortaya koymaktadır. Bierer ve ark. (2003) yapmış oldukları çalışmada A kümeyi içeren spesifik tanıları arasından paranoid bozukluk tek başına cinsel, fiziksel ve duygusal istismarca yordandırmıştır (12). İlişkili çalışmaların çoğu SKB hastaları tarafından çocuklukta fiziksel istismar öyküsü bildirildiğini bulsa da, sadece iki çalışma böyle bir öykünün SKB hastalarını diğer kişilik bozukluğu türlerinden ayırdığını bulmuştur (43,45). Zhang ve ark. (2012) yapmış oldukları çalışmada en güçlü pozitif ilişkiyi B küme kişilik bozuklukları ve çocukluk travma anketi skorları arasında bulmuşlardır. B küme kişilik bozukluklarının fiziksel ihmal dışında bütün çocukluk travma faktörleri ile pozitif ilişkisi olduğu bildirilmektedir (23). Aynı çalışmada çocukluk istismarının diğer türlerinin kontrolüne rağmen, A küme kişilik bozukluğu ile duygusal istismar arasında pozitif ilişki bildirildiği bulunmuştur. C küme kişilik bozuklukları erken

Tablo 5: SCID-II Spesifik kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan psikiyatri hastalarının cinsel ve/veya fiziksel istismar öyküsü oranları açısından karşılaştırılması

Kişilik Bozukluğu	Cinsel ve/veya Fiziksel İstismar				χ^2	P	OO	(%95 GA)	
	Yok (n=34)		Var (n=86)						
	n	%	n	%					
Çekingen KB	Yok	31	29,2	75	70,8	0,37*	0,76	1,52	0,40 - 5,81
	Var	3	21,4	11	78,6				
Bağımlı KB	Yok	33	28,4	83	71,6	0,02*	1,00	1,19	0,12 - 11,88
	Var	1	25,0	3	75,0				
Obsesif Kompulsif KB	Yok	32	28,3	81	71,7	0,00*	1,00	0,99	0,18 - 5,35
	Var	2	28,6	5	71,4				
Pasif Agresif KB	Yok	31	28,7	77	71,3	0,07*	1,00	1,21	0,31 - 4,76
	Var	3	25,0	9	75,0				
Kaçıngan KB	Yok	32	28,1	82	71,9	0,08*	1,00	0,78	0,14 - 4,47
	Var	2	33,3	4	66,7				
Paranoid KB	Yok	31	32,0	66	68,0	2,41**	0,12	3,13	0,87 - 11,33
	Var	3	13,0	20	87,0				
Şizotipal KB	Yok	34	29,3	82	70,7	1,64*	0,58	0,71	0,63 - 0,80
	Var	0	0,0	4	100,0				
Şizoid KB	Yok	34	29,1	83	70,9	1,22*	0,56	0,71	0,63 - 0,80
	Var	0	0,0	3	100,0				
Histriyonik KB	Yok	20	23,5	65	76,5	2,55**	0,11	0,46	0,20 - 1,07
	Var	14	40,0	21	60,0				
Narsistik KB	Yok	27	26,5	75	73,5	0,63**	0,42	0,57	0,20 - 1,61
	Var	7	38,9	11	61,1				
Sınır KB	Yok	32	33,3	64	66,7	4,74**	0,03	5,50	1,22 - 24,86
	Var	2	8,3	22	91,7				
Antisosyal KB	Yok	33	28,4	83	71,6	0,02*	1,00	1,19	0,12 - 11,88
	Var	1	25,0	3	75,0				

*Fisher Exact test **Yates

yaşam deneyimleri ile ilişkili görünmemektedir. Çekingen kişilik bozukluğu ve duygusal istismar, fiziksel istismar ve duygusal ihmal arasında zayıf ilişki olduğu, en güçlü pozitif ilişkinin sınır KB ve duygusal istismar, cinsel istismar ve duygusal ihmal arasında olduğu bildirilmiştir. Özellikle total çocukluk travma anketi skorları sınır kişilik bozukluğu ile kişilik bozukluklarının diğer türlerine oranla daha fazla ilişkilendirilmiştir (23).

Herhangi bir yaşta cinsel ve/veya fiziksel istismara maruz kalmış olma oranları, uzmanlar paneline göre KB olan 80 hasta arasında 59 (%73,8), KB olmayan 40 hasta arasında ise 27 (%67,5) bulunmuş olup iki grup arasındaki fark anlamlı düzeye ulaşmamaktadır. Spesifik KB tanıları ile genel anlamda istismar öyküsü arasındaki ilişkiyi incelemeye yönelik analiz sonuçları, sadece sınır KB için anlamlı düzeyde bir ilişkiye işaret etmektedir. Buna göre, sınır KB tanılı hastalarda pozitif istismar öyküsü olasılığı, diğer KB tanılı veya KB tanısız hastalarla karşılaştırıldığında yaklaşık 5,5

kat daha yüksektir. Johnson ve ark. (1999) yapmış oldukları çalışmada yaş, ebeveyn eğitimi ve ebeveynsel psikiyatrik bozukluklar istatistiksel olarak kontrol edildikten sonra; çocuk istismarı ya da ihmali yaşayan insanların istismara ya da ihmale maruz kalmayanlara oranla erken yetişkinlik döneminde KB tanısı konması ihtimalinin 4 kat fazla olduğunu bildirmişlerdir (55). Diğer çocukluk istismarları istatistiksel olarak kontrol edildikten sonra; çocukluk fiziksel istismarı, cinsel istismarı ve ihmalinin her biri, erken yetişkinlik döneminde artan kişilik bozukluğu semptom düzeyleri ile ilişkili bulunmuştur. 12 kategori olan DSM-IV KB semptomlarının 10 tanesi çocukluk istismarı ya da ihmali ile, farklı türlerdeki çocukluk istismarlarında erken yetişkinlik dönemindeki spesifik KB semptomları ile ilişkilendirilmiştir. Huang ve ark. (2012) 203 ayaktan tedavi gören SKB hastasını, diğer kişilik bozukluklarına sahip 109 ayaktan tedavi gören hastayı, eksen II tanısı olmayan 70 ayaktan tedavi gören hastayı "Çocukluk Bakım ve İstismar Deneyimi Anketi" nin Çince versiyonu ile

değerlendirmişlerdir (56). SKB'li hastalar diğer karşılaştırma gruplarından önemli ölçüde fazla fiziksel, duygusal ve cinsel istismar bildirmiş olup, 4 tür çocukluk deneyimini SKB'nin önemli yordayıcıları olarak bildirmişlerdir. Bunlar; anne tarafından ihmal, baba tarafından gösterilen antipati (nefret), cinsel istismar ve anne tarafından fiziksel istismardır. Battle ve ark. (2004) sınır, şizotipal, çekingen veya obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu tanıları ya da kişilik bozukluğunun eşlik etmediği majör depresyon bozukluğu tanısı bulunan toplam 600 hasta arasında, kendi bildirdikleri istismar ve ihmal deneyimleri öyküsünü değerlendirmişler, kişilik bozukluğu olan bireylerdeki çocukluk istismarı oranını %73, çocuk ihmali oranını ise %82 olarak bildirmişlerdir (15). Sınır kişilik bozukluğu diğer KB'lerden daha tutarlı bir şekilde çocukluk istismarı ve ihmali ile ilişkilendirilmiştir. Sınır kişilik bozukluğunun etkisi kontrol edildiğinde diğer kişilik bozukluğu tanıları istismarın spesifik türleri ile ilişkilendirilmiştir. Shearer ve ark. (1990) sınırda kişilik bozukluğu olan kadın hastalarda çocukluk çağı fiziksel kötüye kullanımını %25 ve cinsel kötüye kullanımını %58,3 olarak bulurken (48), Ogata ve ark. (1990) sınırda kişilik bozukluğu olan hastalarda fiziksel kötüye kullanımı % 41,6, cinsel kötüye kullanımı %71 olarak bulmuşlardır (44). Zhang ve ark. (2012) B kümenin de içinde olduğu özel kişilik bozukluklarındaki travmatik çocukluk deneyimlerini daha fazla geçerli kılmak için, B küme kişilik bozukluğu olan hastalardan oluşan 162 olgu üzerinde yapmış oldukları çalışmada B küme kişilik bozukluklarını 4 alt türüne bölmüş olup cinsel istismar bildirimleri hariç, 4 grup arasında çocukluk travmatik deneyimleri öyküsü öz-bildirimleri arasında anlamlı farklılıklar bulmuşlardır (23). Sınır kişilik bozukluğu grubunda, ortalama duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal skoru ve total çocukluk travma anketi skoru diğer B küme kişilik bozukluklarındakinden daha yüksek bulunmuştur. Waxman ve ark. (2014) yapmış oldukları çalışmada sınır ve şizotipal kişilik bozukluklarını çok güçlü şekilde cinsel istismarla ilişkilendirmişlerdir. Fiziksel istismar; antisosyal, sınır ve şizotipal kişilik bozuklukları ile, duygusal istismar; sınır, narsistik ve şizotipal kişilik bozuklukları ile, fiziksel ihmal; sınır, narsistik, paranoid ve şizotipal kişilik bozuklukları ile ilişkilendirilmiştir. Antisosyal, çekingen, sınır, narsistik, paranoid, şizoid ve şizotipal kişilik bozukluğu riski çoklu istismar türlerine maruz kalındığı zaman daha fazla artış göstermektedir (57). Bazı çalışma

bulgularında fiziksel istismarın antisosyal kişilik bozukluğunu, duygusal istismarın ise sınır ve paranoid kişilik bozukluklarını yordadığı bildirilmiştir (10,11,12). Bazı araştırmacılarda çocukluk dönemindeki cinsel istismarın alkol sorunlarına, travma sonrası stres bozukluğuna (58), sınırda kişilik bozukluğuna ve disosiyatif semptomlara (59,60) yol açtığını belirtmişlerdir.

SONUÇ

Çalışmanın sonucuna göre, sınır kişilik bozukluğu görülme olasılığı cinsel istismar bildiren hastalarda yaklaşık 7 kat, fiziksel istismar bildirenlerde yaklaşık 6,5 kat, cinsel ve/veya fiziksel istismar bildirenlerde ise yaklaşık 5,5 kat daha fazladır. Bu nedenle psikiyatrik hastalarda çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantısının araştırılması önemlidir. Bulgular, birlikte bulduklarında bile istismar ve ihmalin tüm formlarının değerlendirilmesinin önemini altını çizer ve risk grubundaki çocuklarda kişilik patolojisini önlemek için müdahalelerin gelişimine bilgi sağlayabilir.

Çocukluk döneminin incelenmesi nedeniyle hatalı veya eksik anımsamayla ilgili durumlar belirtilebilir. Çalışmamızda saptanan cinsel ve/veya fiziksel istismar oranları, hastaların geriye dönük, kendi bildirimlerine dayalı ölçekle değerlendirilmiştir.

Yazışma Adresi: Araş. Gör. Onur Erkayran, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın
orkuner kayiran@gmail.com

Teşekkür: Dr. Asistan Çiğdem Kırıcı Dalloğlu, Klinik Psikolog Özge Yaren Yavuz, Klinik Psikolog Elvan Demirbağ, Klinik Psikolog Esra Şahin, Servis Sorumlu Hemşiresi Pelin Şahin. *Bu araştırma 29 Haziran-1 Temmuz 2017 tarihleri arasında Aydın'da gerçekleştirilen Adnan Menderes Üniversitesi 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

*Menderes kişilik bozukluğu araştırma sonuçlarının bir kısmı "Validation of the DSM-5 Alternative Model Personality Disorder Diagnoses in Turkey, Part 1: LEAD Validity and Reliability of the Personality Functioning Ratings" adı ile "Journal of Personality Assessment" adlı dergide yayınlanmıştır. *Bu araştırma Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Proje birimi tarafından TPF11022 proje kodu ile desteklenmiştir. Teşekkür ederiz.

REFERENCES

1. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4. baskı. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994. 915 s.
2. Depue RA. Genetic, environmental, and epigenetic factors in the development of personality disturbance. *Dev Psychopathol* 2009;21:1031–63.
3. Jacob CP, Nguyen TT, Dempfle A, Heine M, Windemuth-Kieselbach C, Baumann K, Jacob F, Prechtel J, Wittlich M, Herrmann MJ, Gross-Lesch S, Lesch KP, Reif A. A gene-environment investigation on personality traits in two independent clinical sets of adult patients with personality disorder and attention deficit/hyperactive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2010;260:317–26.
4. South SC, Krueger RF, Johnson W, Iacono WG. Adolescent personality moderates genetic and environmental influences on relationships with parents. *Journal of Personality and Social Psychology* 2008;94:899–912.
5. Horwitz A V, Widom CS, McLaughlin J, White HR. The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: A prospect. *J Health Soc Behav* 2001;42:184–201.
6. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse & Neglect* 1996;20:7–21.
7. Grover KE, Carpenter LL, Price LH, Gagne GG, Mello AF, Mello MF, Tyrka AR. The relationship between childhood abuse and adult personality disorder symptoms. *J Pers Disord* 2007;21:442–7.
8. Pirkola S, Isometsä E, Aro H, Kestilä L, Hämaläinen J, Veijola J, Kiviruusu O, Lönnqvist J. Childhood adversities as risk factors for adult mental disorders results from the Health 2000 study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:769–77.
9. Schilling EA, Aseltine RH, Gore S. Adverse childhood experiences and mental health in young adults: A longitudinal survey. *BMC Public Health* 2007;7:1–10.
10. Slopen N, Williams DR, Seedat S, Moomal H, Herman A, Stein DJ. Adversities in childhood and adult psychopathology in the south africa stress and health study: Associations with first-onset DSM-IV disorders. *Soc Sci Med* 2010;71:1847–54.
11. Bernstein DP, Stein JA, Handelsman L. Predicting personality pathology among adult patients with substance use disorders: Effects of childhood maltreatment. *Addict Behav* 1998;23:855–68.
12. Bierer LM, Yehuda R, Schmeidler J, Mitropoulou V, New A, Silverman J, Siever LJ. Abuse and neglect in childhood: Relationship to personality disorder diagnoses. *CNS Spectr* 2003;8:737–54.
13. Lobbstaël J, Arntz A, Bernstein DP. Disentangling the relationship between different types of childhood maltreatment and personality disorders. *J Pers Disord* 2010;24:285–95.
14. Haller DL, Miles DR. Personality disturbances in drug-dependent women: relationship to childhood abuse. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2004;30:269–86.
15. Battle CL, Shea MT, Johnson DM, Yen S, Zlotnick C, Zanarini MC, Sanislow CA, Skodol AE, Gunderson JG, Grilo CM, McGlashan TH, Morey LC. Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *J Pers Disord* 2004;18:193–211.
16. Tyrka AR, Wyche MC, Kelly MM, Price LH, Carpenter LL. Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: Influence of maltreatment type. *Psychiatry Research* 2009;165:281–7.
17. Zoroğlu S, Tüzün Ü, Şar V, Öztürk M, Eröcal Kora M, Alyanak B. Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001;2:69–78.
18. Yen S, Shea MT, Battle CL, Johnson DM, Zlotnick C, Dolan-Sewell R, Skodol AE, Grilo CM, Gunderson JG, Sanislow CA, Zanarini MC, Bender DS, Rettew JB, McGlashan TH. Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J Nerv Ment Dis* 2002;190:510–8.
19. Sansone RA, Gaither GA, Songer DA. The relationships among childhood abuse, borderline personality, and self-harm behavior in psychiatric inpatients. *Violence Vict* 2002;17:49–55.
20. Trull TJ. Structural relations between borderline personality disorder features and putative etiological correlates. *J Abnorm Psychol* 2001;110:471–81.
21. Weaver TL, Clum GA. Early family environments and traumatic experiences associated with borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:1068–75.
22. Luntz BK, Widom CS. Antisocial personality disorder in abused and neglected children grown up. *Am J Psychiatry* 1994;151:670–4.
23. Zhang T, Chow A, Wang L, Dai Y, Xiao Z. Role of childhood traumatic experience in personality disorders in China. *Compr Psychiatry* 2012;53:829–36.
24. Martín-Blanco A, Soler J, Villalta L, Feliu-Soler A, Elices M, Pérez V, Arranz MJ, Ferraz L, Alvarez E, Pascual JC. Exploring the interaction between childhood maltreatment and temperamental traits on the severity of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 2014;55:311–8.
25. Zanarini MC. Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2000;23:89–101.
26. Bornovalova MA, Huibregtse BM, Hicks BM, Keyes M, McGue M, Iacono W. Tests of a direct effect of childhood abuse on adult borderline personality disorder traits: A longitudinal discordant twin design. *J Abnorm Psychol* 2013;122:180–94.
27. Golier JA, Yehuda R, Bierer LM, Mitropoulou V, Antonia New MS, Schmeidler J, Silverman JM, Siever LJ. The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *Am J Psychiatry* 2003;160:2018–24.
28. Laporte L, Paris J, Guttman H, Russell J. Psychopathology, childhood trauma, and personality traits in patients with borderline personality disorder and their sisters. *J Pers Disord* 2011;25:448–62.

29. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3. baskı. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
30. Sorias S, Saygılı R, Elbi H, Vahip S, Mete L, Nifime Z. DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu Türkçe versiyonu (SCID-II) Kişilik Bozuklukları Formu. Sorias S, editör. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova; 1990.
31. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4. baskı. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
32. Spitzer RL. Psychiatric diagnosis: Are clinicians still necessary? *Compr Psychiatry* 1983;24:399-411.
33. Tschan F, Semmer NK, Gurtner A, Bizzari L, Spychiger M, Breuer M, Marsch SU. Explicit reasoning, confirmation bias, and illusory transactive memory: A simulation study of group medical decision making. *Small Group Research*. 2009;40:271-300.
34. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. baskı. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing; 2013.
35. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First MB. User's guide for the structured clinical interview for DSM-III-R: SCID. American Psychiatric Association. Arlington, VA, US: American Psychiatric Association; 1990.
36. Coşkunol H, Bağdiken I, Sorias S, Saygılı R. SCID-II Türkçe versiyonu görüşmesinin kişilik bozukluklarındaki güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1994;9:26-9.
37. Drossman DA, Talley NJ, Leserman J, Olden KW, Barreiro MA. Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness: Review and recommendations. *Ann Intern Med* 1995;123:782-94.
38. Uygur B. Çocukluk çağı cinsel istismarının klinik ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi. Adnan Menderes Üniversitesi; 2005.
39. IBM. SPSS Statistics for Windows. Chicago: International Business Machines Corp.; 2008.
40. Arslan H, Karlıdağ R, Alparslan N, Tamam L, Ünal M. Borderline kişilik bozukluğunda örselleyici çocukluk yaşantıları ve ruhsal bulgular. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 1997;10:33-9.
41. Grilo CM, Masheb RM. Childhood maltreatment and personality disorders in adult patients with binge eating disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106:183-8.
42. Herman J, Perry J, van der Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1989;146:490-5.
43. Links PS, Steiner M, Offord DR, Eppel A. Characteristics of borderline personality disorder: A Canadian study. *Can J Psychiatry* 1988;33:336-43.
44. Ogata S, Silk K, Goodrich S, Lohr N, Westen D, Hill E. Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1990;147:1008-13.
45. Paris J, Zweig-Frank H, Guzder J. Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. *Compr Psychiatry* 1994;35:301-5.
46. Paris J, Zweig-Frank H, Guzder J. Risk factors for borderline personality in male outpatients. *J Nerv Ment Dis* 1994;182:375-80.
47. Salzman JP, Salzman C, Wolfson AN, Albanese M, Looper J, Ostacher M, Schwartz J, Chinman G, Land W, Miyawaki E. Association between borderline personality structure and history of childhood abuse in adult volunteers. *Compr Psychiatry* 1993;34:254-7.
48. Shearer SL, Peters C, Quaytman MS, Ogden RL. Frequency and correlates of childhood sexual and physical abuse histories in adult female borderline inpatients. *Am J Psychiatry* 1990;147:214-6.
49. Westen D, Ludolph P, Misle B, Ruffins S, Block J. Physical and sexual abuse in adolescent girls with borderline personality disorder. *The American Journal of Orthopsychiatry* 1990;60:55-66.
50. Zanarini MC, Gunderson JG, Marino MF, Schwartz EO, Frankenburg FR. Childhood experiences of borderline patients. *Compr Psychiatry* 1989;30:18-25.
51. Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, Reich RB, Vera SC, Marino MF, vd. Reported Pathological Childhood Experiences Associated With the Development of Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 1997;154:1101-6.
52. Herman J, van der Kolk B. Traumatic antecedents of borderline personality disorder, in *Psychological Trauma*. van der Kolk B, editör. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1987. 111-126 s.
53. Carr S, Francis AJP. Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms in a non-clinical sample. *Australian Psychologist* 2009;44:146-55.
54. Kural S, Evren C, Çakmak D. Alkol/madde bağımlılığında kişilik bozukluğu ek tanısının diğer 1. eksen tanıları ve çocukluk çağı kötüye kullanımı ve ihmali ile ilişkisi. *Bağımlılık Dergisi*. 2005;6:9-18.
55. Johnson J, Cohen P, Brown J, Smailes E, Bernstein D. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:600-6.
56. Huang J, Yang Y, Wu J, Napolitano L, Xi Y, Cui Y. Childhood abuse in Chinese patients with borderline personality disorder. *J Pers Disord* 2012;26:238-54.
57. Waxman R, Fenton MC, Skodol AE, Grant BF, Hasin D. Childhood maltreatment and personality disorders in the USA: Specificity of effects and the impact of gender. *Personal Ment Health* 2014;8:30-41.
58. Schetky DH. Incest-related syndromes of adult psychopathology. İçinde: Kluft RP, editör. *Incest-related syndromes of adult psychopathology*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1990. s. 35-54.
59. Chu J, Dill D. Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1990;147:887-92.
60. Yudkin M. "The Nightmare of Childhood Sexual Abuse: Survivors Speak Out. *Cosmopolitan*. 1992;246-9.

Cerrahi tedavi arayışı olan migren hastalarında anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi düzeylerinin incelenmesi

Investigation of anxiety, depression and quality of life levels in migraine patients seeking surgical treatment

Murat Yağmur¹, Güzin M. Sevinçer², Ali Kandeğer³, Çetin Duygu⁴

¹Klin.Psk., İstanbul

²Doç.Dr., İstanbul Gelişim Üniversitesi, Psikoloji AD, İstanbul, Türkiye

³Uzm.Dr., Isparta Şehir Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, Isparta, Türkiye <https://orcid.org/0000-0001-6940-0940>

⁴Uzm.Dr., Serbest Hekim, İstanbul

ÖZET

Amaç: Migren atağı ve profilaksisinde farmakoterapötik ajanlar ön planda kullanılmakla birlikte son yıllarda migreni alevlendiren tetik noktaların saptanması ve buralara uygulanan cerrahi müdahalenin tedavide etkinliği gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı; migren cerrahisine başvuran migren hastalarının depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi düzeylerini incelemek ve bulguları cerrahi tedaviye başvurmeyen migren grubu ve migreni olmayan kontrol grubuyla karşılaştırmaktır. **Yöntem:** Çalışmaya migreni olup migren cerrahisine başvuran 35 hasta, migreni olup cerrahi tedaviye başvurmeyen 35 hasta ve migreni olmayan 35 sağlıklı kontrol olmak üzere 105 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcılar Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve sosyodemografik veri formundan oluşan formları doldurdu. Gruplar arası depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi skorlarını değerlendirmek için tek yönlü varyans analizi ve Post-hoc Bonferroni testi kullanıldı. **Bulgular:** Migren cerrahisi düşünen grupta anksiyete ($F=6,02$; $p=0,003$), depresyon ($F=10,72$; $p<0,001$) puanlarının daha yüksek olduğu saptandı. Yaşam kalitesi alt ölçeklerinde ise bedensel ağrı ($F=13,09$; $p<0,001$) puanlarının daha yüksek; fiziksel rol ($F=14,72$; $p=0,003$) ve duygusal rol ($F=6,11$; $p=0,003$) puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. **Sonuç:** Migren hastalarında cerrahi tedavi arama davranışı daha yüksek anksiyete ve depresyon puanları ve daha kötü yaşam kalitesi ile ilişkilidir. Cerrahi tedavi başvurusu olan migren hastalarının psikiyatrik değerlendirmesi tanı düzeyindeki psikiyatrik bozuklukların saptanmasında ve hastaların yaşam kalitesinin artmasında önemli olabilir.

Anahtar Sözcükler: Anksiyete, depresyon, migren, tedavi arayışı, yaşam kalitesi

(Klinik Psikiyatri 2019;22:169-174)

DOI: 10.5505/kpd.2018.90377

SUMMARY

Objective: Pharmacotherapeutics have been used as a primary agent in migraine treatment. The detection of triggers that exacerbated migraine in recent years and the effectiveness of the surgical interventions applied in this area have been demonstrated. The aim of this study was to investigate the depression, anxiety and quality of life in migraine patients seeking surgical treatment by comparing them with migraine and non-migraine group. **Method:** A total of 105 participants were included in the study: 35 migraine patients seeking surgical treatment, 35 migraine patients not-seeking surgical treatment, and 35 healthy controls without migraine. Participants filled out forms consisting of Beck Depression Scale, Beck Anxiety Scale, SF-36 Quality of Life Scale and sociodemographic data form. One-way analysis of variance and Post-hoc Bonferroni test were used to assess intergroup depression, anxiety and quality of life scores. **Results:** Anxiety ($F=6,02$; $p=0,003$), and depression ($F=10,72$; $p<0,001$) scores were higher in migraine patients seeking surgical treatment group. In the quality of life subscales, bodily pain scores were higher ($F=13,09$; $p<0,001$); role-physical ($F=14,72$; $p=0,003$) and role-emotional ($F=6,11$; $p=0,003$) scores were found to be lower than the other groups. **Discussion:** Surgical treatment seeking behavior in migraine patients is associated with more severe anxiety and depression and worse quality of life. Psychiatric evaluation of migraine patients seeking surgical treatment may be important in detecting psychiatric disorders at the diagnostic level and in increasing the quality of life of patients.

Key Words: Anxiety, depression, migraine, seeking treatment, quality of life

GİRİŞ

Migren; tüm dünyada yaygın olarak görülen, nörovasküler bir hastalık olup primer baş ağrısı bozukluklarının en sık nedenlerinden biridir. Migren, atakların sıklığı ve şiddetiyle birlikte hasta da ve toplumda iş gücü kaybına ve mali yüke yol açmaktadır. Amerika'da yaygınlığı kadınlarda %18, erkeklerde %6 olarak saptanmıştır (1,2). Türkiye'de ise yapılan çalışmada insidansı % 2.38 (kadınlarda % 2,98, erkeklerde % 1,93) olarak saptanmıştır (3). Migren tekrarlayıcı; güçten düşüren; bulantı, kusma, fotofobi, fonofobi, görsel auralar, baş dönmeleri hatta afazi ve hemipleji gibi belirtilerin eşlik ettiği baş ağrısı ataklarıyla karakterize bir hastalıktır (4,5). Migrenin klinik görünümü yüksek heterojenite gösterir. Kronik migrene varan olgularda hastalar en az 3 ay boyunca her ayın 15 gününü baş ağrısı ile geçirirler (6).

Migrenin atak ve profilaktik tedavisinde farmakoterapötik ajanlar ön planda kullanılmıştır. Beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, antikonvulzanlar, trisiklik antidepresanlar ve bir takım nörotoksinlere rağmen kontrendikasyonlar, yan etkiler, ilaç uyumsuzluğu gibi sebepler bazı vakaların kontrol altına alınmamasına sebep olmaktadır. Bununla birlikte tedaviye uyuma rağmen ilaç tedavisinden fayda görülememesi de söz konusu olmaktadır (7). Son yıllarda kas dekompresyonu uygulanan hastalarda migren semptomlarının azaldığının gözlenmesi, migrenin cerrahi olarak tedavi edilebileceğini göstermiştir (8). Migren her ne kadar santral sinir sistemi hastalığı olarak kabul edilse de periferik tetik noktaların botulinum toksini ile ya da cerrahi olarak gevşetilmesi migren tedavisi seçenekleri arasında yerini almıştır (5).

Kronik ve ağrılı durumların anksiyete ve depresyon riskini artırdığı ve daha kötü yaşam kalitesine yol açtığı bilinmektedir (9-11). Kronik özelliği ve ağrılı atakları ile migren de anksiyete, depresyon ve düşük yaşam kalitesini yordayan hastalıklardan biridir (12). Ayrıca migren hastalarının da dahil edildiği bir çalışmada baş ağrısı sıklığının ve kronisitenin tedavi arama davranışını artırdığı ve yine tedavi arayışı olan kişilerin depresif belirtiler başta olmak üzere psikolojik semptomları gösterme eğil-

iminin daha fazla olduğu gösterilmiştir (13).

Literatürde migren cerrahi tedavisine başvuran hastalara özgü depresyon, anksiyete ve bu hastaların yaşam kaliteleri üzerine araştırma bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı migren cerrahisine başvuran hastaların depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi düzeylerinin migreni olup cerrahi tedaviye başvurmamayanlar ve migreni olmayan sağlıklı bireylere göre farklı olup olmadığını araştırmaktır.

YÖNTEM

Bu çalışma, migren cerrahisine başvuran hastaların anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi düzeylerinin değerlendirildiği kesitsel bir araştırmadır. İnternet sosyal medya ortamında migren destek guruplarından 6 ay süresince araştırmaya katılmak üzere davet yapılmıştır. Süre sonunda 18-65 yaş arası olup, ölçek formlarının tam ve eksiksiz dolduran denekler çalışmaya dâhil edilmiştir. Migren dışında herhangi bir nörolojik ya da kronik hastalığa sahip olan katılımcılar çalışmadan dışlanmıştır. Bu şekilde araştırma, migren cerrahisine başvuran 35 migrenli birey, migren cerrahisine başvurmamayan 35 migrenli birey ve hasta gruplarıyla yaş ve cinsiyeti eşleştirilmiş rastgele seçilen herhangi bir nörolojik ya da kronik hastalığı olmayan 35 birey olmak üzere toplam 105 kişi üzerinde yürütülmüştür. Katılımcıların tümünden bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır. Araştırma İstanbul Gelişim Üniversitesi etik kurulu tarafından 2016-19-7 karar numarası ile onaylanmıştır.

Sosyodemografik Veri Formu: Sosyodemografik özelliklerin araştırıldığı formda kişilere yaş, boy, medeni durum, eğitim düzeyi, çocuk sayısı, ikamet yeri, gelir düzeyi, iş durumu, aktivitelerini engelleyecek baş ağrısı yaşayıp yaşamadıkları, migren tanısı alıp almadıkları, ağrı ataklarının sıklığı ve ağrıların iş-ev yaşamına etkileri ile ilgili sorular yöneltilmiştir.

Beck Depresyon Envanteri: Aaron Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiş, duygusal bilişsel, somatik ve motivasyonel bileşenleri ölçmeyi amaçlayan bir öz bildirim envanteridir. Envanterin temel amacı depresyon belirtilerini belirlemek olmakla birlikte bilişsel içeriğin de değerlendirilmesine de olanak

verir. 21 maddeden oluşan ölçeğin on bir maddesi bilişleri, beş maddesi bedensel belirtileri, iki madde duyguları, iki madde davranışları, bir madde kişilerarası ilişkileri belirlemeye yöneliktir. Envanterin uygulanışı sırasında, her bir maddeye 0-3 aralığında puanlar verilerek, 0-63 aralığında değişen bir skor elde edilir. Yüksek skorlar daha yüksek depresif belirti ile ilişkilidir (14).

Envanterin, Türkiye için geçerlik ve güvenilirliği Hisli tarafından yapılmış ve ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Poliklinik hastaları ile yaptığı geçerlik güvenilirlik çalışmasında, 17 ve üstündeki BDE puanlarının, tedavi gerektirebilecek depresyonu % 90 üzerinde bir oranla ayırt edebildiği gözlemlenmiştir (15).

Beck Anksiyete Ölçeği: Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen, bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılan kendini değerlendirme ölçeğidir. 21 maddeden oluşan Likert tipi bir ölçektir, uygulanışı kolay bir ölçektir. Her madde için "Hiç", "Hafif derecede", "Orta derecede", "Ciddi derecede" seçeneklerinden birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir. Verilen cevaplara 0 ile 3 arasında değişen puanlar verilir. Puan aralığı 0-63'tür. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir (16). Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği Ulusoy ve ark. tarafından yapılmıştır (17).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği: Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçek özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan SF-36; Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. Ölçek geliştirilirken kısa, kolay uygulanabilir olmasının yanı sıra çok geniş bir kullanım yelpazesine sahip olması da amaçlanmıştır (18).

SF-36'nın özelliklerinin başında bir kendini değerlendirme ölçeği olması gelmektedir. Beş dakika gibi kısa bir sürede doldurulabilmesi, sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirebilmesi ölçeğin avantajları arasında sayılmaktadır. Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları

(3 madde), ruh sağlığı (5 madde), canlılık/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde). Değerlendirme 4. ve 5. maddeler dışında likert tipi (üçlü-altılı) yapılmaktadır; 4. ve 5. maddeler evet/hayır biçiminde yanıtlanmaktadır. Ölçek yalnızca tek bir toplam puan vermek yerine her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puan vermektedir. Alt ölçekler sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu içerirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Koçyigit ve ark. tarafından yapılmıştır (19).

Verilerin Analizi

Tüm veriler SPSS 24 istatistiksel paket programı kullanılarak değerlendirildi. Öncelikle sıklık, yüzde, ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler hesaplandı. Gruplar arası kategorik verilerin karşılaştırılması için ki kare testi kullanıldı. Gruplar arası depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi skorlarını değerlendirmek için tek yönlü varyans analizi kullanıldı. Post-hoc Bonferroni testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Sosyodemografik verilerin gruplara göre karşılaştırılması Tablo 1'de sunulmuştur. Çalışmaya katılan 105 katılımcının %74,2'si kadın, %71,4'ü evliydi. Migreni olmayan grup, migreni olan grup ve migreni olup cerrahi tedavi düşünülen grup arasında yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi ve medeni durum açısından anlamlı fark saptanmadı. Ancak baş ağrısı atağı sıklığı gruplar arasında anlamlı farklılık gösterdi ve migren cerrahisi düşünülen grupta en fazla bulundu ($p < 0.001$).

Gruplar arasında anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi parametrelerini karşılaştırmak için yapılan tek yönlü varyans analizinde (ANOVA) ve post-hoc Bonferroni analizinde migren cerrahisi düşünülen grupta anksiyete ($F=6,02$; $p=0,003$), depresyon ($F=10,72$; $p < 0,001$) ve bedensel ağrı ($F=13,09$; $p < 0,001$) puanlarının daha yüksek; fiziksel rol ($F=14,72$; $p=0,003$) ve duygusal rol ($F=6,11$; $p=0,003$) puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Tek yönlü varyans analizi ve post-hoc analizi

Tablo 1. Gruplar arası demografik verilerin karşılaştırılması

		Sağlıklı Grup		Migrenli Grup		Migren Cerrahisi Düşünen Grup		x ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Yaş grup	<29	7	%20.0	13	%37.1	5	%14.3	5.75	0.219
	30-39	13	%37.1	9	%25.7	12	%34.3		
	≥40	15	%42.9	13	%37.1	18	%51.4		
Cinsiyet	Erkek	10	%28.6	12	%34.3	5	%14.3	3.89	0.143
	Kadın	25	%71.4	23	%65.7	30	%85.7		
Beden Kitle İndeksi	<18.5	1	%2.9	1	%2.9	2	%5.7	1.38	0.921
	18.5-24.9	18	%51.4	20	%57.1	20	%57.1		
	25-29.9	12	%34.3	12	%34.3	9	%25.7		
	≥30	4	%11.4	2	%5.7	4	%11.4		
Medeni durum	Bekar	8	%22.9	10	%28.6	4	%11.4	4.86	0.302
	Evli	26	%74.3	22	%62.9	27	%77.1		
	Diğer	1	%2.9	3	%8.6	4	%11.4		
Ağrı Atığı Sıklığı	Günde bir kez	0	%0.0	2	%5.7	4	%11.4	39.51	0.000*
	Haftada bir kez	1	%2.9	11	%31.4	16	%45.7		
	Ayda 1-4 kez	14	%40.0	20	%57.1	8	%22.9		
	Ayda 5 kez ve üstü	20	%57.1	2	%5.7	7	%20.0		

*p<0.05

bulguları Tablo 2'de sunulmuştur.

TARTIŞMA

Migren her ne kadar santral sinir sistemi ile ilgili bir hastalık gibi tanımlansa da yakın zamanda ekstrakraniyal tetik bölgeleri tanımlanmış ve bu periferik tetik bölgelerinin dekompresyonunun semptomların azalmasında önemli bir etkisi olduğu gösterilmiştir (20,21). Kronik ve şiddetli baş ağrısı yaşayan kişilerin daha fazla tedavi arayışında olduğu ve psikolojik belirtileri daha çok gösterme eğiliminde olduğu bilinmektedir (13). Çalışmamızda migren cerrahisine başvuran migrenli bireylerin, migrenli olup cerrahiye başvurmayan ve migreni olmayan gruplar ile anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır. Hipotezimiz migren cerrahisine başvuran ya da bu tedaviyi almayı düşünen kişilerin depresyon, anksiyete düzeylerinin daha yüksek; yaşam kalitelerinin ise daha düşük olduğudur.

Migrenin anksiyete ve depresyon ile karşılıklı etkileşim halinde olduğu bilinmektedir. Migreni olanlarda depresyon ve anksiyetenin artması söz konusuysa, depresyon ve anksiyetenin de migreni tetiklediği ortaya konmuştur (22,23). Migrenin anksiyete ve depresyonu artırma sebebinin; migren ataklarının ön görülemezliği ve kontrol altına alınmaması ve iyi tedavi edilemeyen migrende

ortaya çıkan öğrenilmiş çaresizlik olabileceği düşünülmektedir (24). Bununla birlikte migren ve anksiyete patofizyolojisinde anormal merkezi serotonerjik fonksiyon olup her ikisi de çeşitli olası aday genlere sahip olan poligenik multifaktöriyel bozukluklar olarak sınıflandırılabilir (25). 227 ergen ve genç erişkinin dahil edildiği bir çalışmada majör depresif bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğunun tek başına ve komorbid olarak bulunmasının migren tanısı varlığıyla ilişkili olduğu saptanmıştır (22). 55 migren hastasının dahil edildiği bir diğer çalışmada ise migren hastalarının depresyon ve anksiyete skorlarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada migrenle ilişkili yetiyetiminin artışıyla anksiyete ve depresyon skorlarının da arttığı gösterilmiştir (23). Çalışmamızda literatürle uyumlu şekilde migren tanısı olan her iki grubun anksiyete ve depresyon skorlarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Buna ilaveten migren cerrahisi düşünen grubun anksiyete ve depresyon skorları da migreni olan ancak cerrahi tedavi arayışı olmayan gruba göre ve kontrol grubuna göre yüksekti.

Migren; kronik olması ve şiddetli baş ağrısı atakları ile karakterize olması nedeniyle yaşam kalitesini en çok düşüren baş ağrısı sendromudur (26). Bununla birlikte yaşam kalitesini düşürmede anksiyete ve depresyon belirtilerini artırması da önemli bir faktördür (12). 2164 migren hastasının dahil edildiği toplum temelli bir çalışmada fiziksel

Tablo 1. Olcek puanlarının gruplar arası karşılaştırılması

	Sağlıklı Grup (1)		Migrenli Grup (2)		Migren Cerrahisi Düşünen Grup (3)		F	P	Post-hoc
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS			
Beck Anksiyete Ölçeği	11.06	10.96	15.00	9.39	19.91	11.62	6.02	0.003*	3 > 1
Beck Depresyon Ölçeği	9.29	9.76	13.14	9.80	20.23	10.51	10.72	0.000*	3 > 1, 3 > 2
Fiziksel Fonksiyonellik	73.71	25.88	75.71	17.58	68.14	19.44	1.19	0.308	
Fiziksel Rol	69.29	35.92	48.57	41.98	20.00	36.28	14.72	0.000*	1 > 3, 2 > 3
Bedensel Ağrı	31.06	25.55	44.71	18.49	56.63	17.86	13.09	0.000*	2 > 1, 3 > 1
Genel Sağlık	60.09	11.66	57.09	10.49	61.69	8.09	1.84	0.164	
Canlılık	50.71	15.39	47.57	12.27	47.14	10.09	0.82	0.445	
Sosyal Fonksiyonellik	49.64	18.06	50.71	17.66	51.07	15.86	0.07	0.937	
Duygusal Rol	57.14	44.70	44.76	43.49	22.86	35.95	6.11	0.003*	1 > 3
Ruh Sağlığı	52.23	15.31	52.23	8.40	50.63	9.05	0.23	0.794	

Post-hoc karşılaştırma yöntemi olarak Bonferroni testi kullanıldı. *p<0.05

fonksiyonellik dışında SF-36 tüm alt ölçeklerinde kontrol grubuyla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı daha düşük skorlar elde edilmiştir. Migren hastalarının, kronik günlük baş ağrısı hastalarının ve kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir çalışmada migren hastalarının kontrol grubuna göre SF-36'nın tüm alt ölçeklerinde daha düşük puan aldığı gösterilmiştir. Ancak migren hastalarında Fiziksel Rol ve Canlılık alt ölçeklerinde belirgin olarak daha düşük, Bedensel Ağrı alt ölçeğinde daha yüksek skorlar rapor edilmiştir (27). 546 migren hastasının dahil edildiği bir başka çalışmada da benzer şekilde migren hastalarında genel popülasyon ve diğer kronik hastalıklara göre toplam SF-36 puanı ve Fiziksel Rol ve Sosyal Fonksiyonellik alt ölçekleri skorları daha düşük; Bedensel Ağrı alt ölçeği skorları daha yüksek saptanmıştır (28). Bizim çalışmamızda da migreni olan her iki grupta kontrol grubuna göre daha düşük Fiziksel Rol ve Duygusal Rol, daha yüksek Bedensel Ağrı skorları elde edilmiştir. Buna ilaveten bu üç alt ölçek skorları migren cerrahisi düşünen grupta, migreni olup cerrahi düşünmeyen gruba göre yaşam kalitesi açısından anlamlı düzeyde daha olumsuz skorlar gösterdi. Bu bulgular migrenin yaşam kalitesini düşürmede fiziksel sağlığın etkilenmesiyle yaşanan rol kaybının ve bedensel ağrının önemini pekiştirmektedir. Ayrıca yaşam kalitesi puanlarının migren cerrahisi düşünen grupta daha olumsuz olması; cerrahi öncesi psikiyatrik değerlendirme ve cerrahi sonrası takip ile yaşam kalitesinin kötüleşiren faktörlerin belirlenmesini kolaylaştıracağını düşündürmektedir.

Çalışmamızın kısıtlılıklarından ilki; migreni olan hastaların verilerinin internet aracılığıyla toplanmış olup beyana dayalı olmasıdır. Migren tanısı ve tipi, daha önce migren tedavisi için kullandığı tedavi yöntemleri ve bunların başarı oranları bilgilerini de içeren nörolojik muayene yapılmamıştır. Ayrıca migren cerrahisine başvuran bu hastalar psikiyatrik muayene ile de değerlendirilmemiş olup sonuçları etkileyebilmesi muhtemel başkaca psikososyal değişkenler dışlanmamıştır. Son olarak çalışmamızın kesitsel doğası ve örneklem sayısının nispeten düşük olması da çalışmanın kısıtlılıklarındandır. Bu alanda daha yüksek sayıda vaka üzerinde, uzunlamasına dizayn edilmiş çalışmalarla bulguların desteklenmesi gerekmektedir.

SONUÇ

Kronik migren hastalarında bir tedavi seçeneği olan migren cerrahisi giderek popülerlik kazanmaktadır. Migren hastalarının sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında daha fazla anksiyete ve depresyon düzeylerine ve daha kötü yaşam kalitesine sahip olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte, migren hastalarında cerrahi tedavi arama davranışı daha ciddi anksiyete ve depresyon ve daha kötü yaşam kalitesi ile ilişkilidir. Cerrahi tedavi başvurusu olan ya da cerrahi tedavi arayışı olan migren hastalarının psikiyatrik değerlendirmesi tanı düzeyindeki psikiyatrik bozuklukların saptanmasında ve hastaların yaşam kalitesinin artmasında önemli olabilir. Son olarak; migren cerrahisinin migren hastaları

üzerinde anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi açısından etkisini ortaya çıkarabilecek multidisipliner, uzunlamasına klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

Yazışma adresi: Uz. Dr. Ali Kandeğer, Isparta Şehir Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, Isparta dralikandeger@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Lipton RB, Bigal ME, Diamond M, Freitag F, Reed M, Stewart WF, AMPP Advisory Group. Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. *Neurology* 2007;68:343-9.
2. Bigal ME, Lipton RB. The epidemiology, burden, and comorbidities of migraine. *Neurol Clin* 2009;27:321-334.
3. Baykan B, Ertas M, Karlı N, Uluduz D, Uygunoglu U, Ekizoglu E, Kocasoym Orhan E, Saip S, Zarifoğlu M, Siva M. Migraine incidence in 5 years: a population-based prospective longitudinal study in Turkey. *J Headache Pain* 2015;16:103.
4. Eggers SD. Migraine-related vertigo: diagnosis and treatment. *Curr Pain Headache Rep* 2007;11:217-226.
5. Kung TA, Guyuron B, Cederna PS. Migraine surgery: a plastic surgery solution for refractory migraine headache. *Plast Reconstr Surg* 2011; 127:181-189.
6. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The international classification of headache disorders, (beta version). *Cephalalgia* 2013;33:629-808.
7. Öztürk MO, Ünlü RE, İğde M, Yıldırım AR, Tapan M. Surgical Treatment of Migraine Headaches: A Review of Surgical Technique, Clinical, Anatomical and Radiological Studies. *Türk J Plast Surg* 2016;24:179-184.
8. Guyuron B, Varghai A, Michelow BJ, Thomas T, Davis J. Corrugator supercilii muscle resection and migraine headaches. *Plast Reconstr Surg* 2000;106:429-434.
9. Tsang A, Von Korff M, Lee S, Alonso J, Karam E, Angermeyer MC, Borges GL, Bromet EJ, Demyttenaere K, de Girolamo G, de Graaf R, Gureje O, Lepine JP, Haro JM, Levinson D, Oakley Browne MA, Posada-Villa J, Seedat S, Watanabe M. Common chronic pain conditions in developed and developing countries: gender and age differences and comorbidity with depression-anxiety disorders. *J Pain* 2008; 9:883-891.
10. Hunfeld JA, Perquin CW, Duivenvoorden HJ, Hazebroek-Kampschreur AA, Passchier J, van Suijlekom-Smit LW, van der Wouden JC. Chronic pain and its impact on quality of life in adolescents and their families. *J Pediatr Psychol* 2001; 26:145-153.
11. Mete HE. Kronik hastalık ve depresyon. *Klin Psikiyatr Derg* 2008; 11:3-18.
12. Lantéri-Minet M, Radat F, Chautard M-H, Lucas C. Anxiety and depression associated with migraine: influence on migraine subjects' disability and quality of life, and acute migraine management. *Pain* 2005; 118:319-326.
13. Rokick LA, Holroy KA. Factors Influencing Treatment? Seeking Behavior In Problem Headache Sufferers. *Headache* 1994;34:429-434.
14. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev* 1988; 8:77-100.
15. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Psikoloji derg* 1989; 7:3-13.
16. Beck AT, Steer R. Beck Anxiety Inventory manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation, 1990.
17. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *J Cognit Psychother* 1998; 12:163-172.
18. Brazier JE, Harper R, Jones N, O'cathain A, Thomas K, Usherwood T, Westlake L. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ* 1992;305:160-164.
19. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş AK. Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *Ege Fiz Ted Reh Derg* 1999; 12:102-106.
20. Guyuron B, Kriegler JS, Davis J, Amini SB. Five-year outcome of surgical treatment of migraine headaches. *Plast Reconstr Surg* 2011;127:603-608.
21. Janis JE, Barker JC, Javadi C, Ducic I, Hagan R, Guyuron B. A review of current evidence in the surgical treatment of migraine headaches. *Plast Reconstr Surg* 2014; 134:131S-141S.
22. Dindo LN, Recober A, Haddad R, Calarge CA. Comorbidity of migraine, major depressive disorder, and generalized anxiety disorder in adolescents and young adults. *Int J Behav Med* 2017; 24:528-534.
23. Yavuz BG, Aydınlar EI, Dikmen PP, Incesu C. Association between somatic amplification, anxiety, depression, stress and migraine. *J Headache Pain* 2013;14:53.
24. Sheftell FD, Atlas SJ. Migraine and psychiatric comorbidity: from theory and hypotheses to clinical application. *Headache* 2002;42:934-944.
25. Gonda X, Rihmer Z, Juhasz G, Zsombok T, Bagdy G. High anxiety and migraine are associated with the s allele of the 5HTTLPR gene polymorphism. *Psychiatry Res* 2007;149:261-266.
26. Leonardi M, Steiner TJ, Scher AT, Lipton RB. The global burden of migraine: measuring disability in headache disorders with WHO's Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *J Headache Pain* 2005;6:429-440.
27. Monzon M, Lainez M. Quality of life in migraine and chronic daily headache patients. *Cephalalgia* 1998;18:638-643.
28. Osterhaus JT, Townsend RJ, Gandek B, Ware JE. Measuring the Functional Status and Well Being of Patients with Migraine Headache. *Headache* 1994; 34:337-343.

Çocuk istismarı ve ihmali eğitiminde psikodrama yönteminin kullanılması

Use of psychodrama method in trainings about child abuse and neglect

Figen Şahin Dağlı¹, Candan Taşkıran², Margorit Rita Krespi³, Bahar Gökler⁴

¹Prof. Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Emekli Öğretim Üyesi <https://orcid.org/0000-0002-6678-9791>

²Uzm.Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD <https://orcid.org/0000-0001-6116-2730>

³Prof.Dr., İstinye Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü <https://orcid.org/0000-0002-6036-0767>

⁴Prof.Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD Emekli Öğretim Üyesi <https://orcid.org/0000-0003-3478-2808>

ÖZET

Amaç: Gelecekteki meslek yaşamlarında istismara uğramış çocukla karşılaşma olasılığı olan bölümlerde öğretim gören üniversite öğrencilerinin eğitiminde çocuk istismarı ve ihmali ana bir konu olarak yer almalıdır. Çocuk istismarı gibi önemli ve özellikli bir konunun eğitiminde psikodrama yönteminin kullanılması yeni bir yaklaşımdır. Bu çalışmada, üniversite öğrencileriyle gerçekleştirilen çocuk istismarı ve ihmali eğitiminde psikodrama yönteminin kullanılmasının sonuçları incelenmiştir. **Yöntem:** Bu eğitim 11 katılımcı tarafından tamamlanan bir öğrenci grubu ile 16 hafta boyunca haftada bir gün 2,5 saat süren oturumlarla gerçekleştirilmiştir. Eğitimin katılımcılara olan etkileri, nicel ve nitel yöntemlerle değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Nicel değerlendirme için eğitim öncesi ve sonrası yapılan bilgi testinde puan ortancaları sırasıyla 33 ve 39 bulunmuş olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p < 0.05$). Farkındalık testinde ise eğitim öncesi ve sonrası puan ortancaları sırasıyla 85 ve 89 olup, puanlarında eğitim sonrasında yükselme olmakla birlikte bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.65$). Eğitim sonrasında yapılan nitel değerlendirmede ise odak grup görüşmesi gerçekleştirilmiş, bu görüşmeye katılan öğrenciler bu eğitimin kişisel farkındalık düzeyi ve empati becerilerinde artışa neden olduğunu, çocuklar ve istismar ile ilgili haberlere daha duyarlı hale getirdiğini, insanları yargılamamayı öğrettiğini, gelecekteki mesleklerini daha iyi yapabilme konusunda cesaretlendirdiğini belirtmişler, ayrıca istismara uğrayan çocuğa multidisipliner yaklaşımın önemini anladıklarını söylemişlerdir. **Sonuç:** Algılanan bu yararlar psikodrama yönteminin çocuk istismarı ve ihmali alanında yapılan eğitimlerde kullanılmasının yararlı olabileceğine işaret etmektedir.

Anahtar Sözcükler: Çocuk ihmali, çocuk istismarı, psikodrama, eğitim

(*Klinik Psikiyatri* 2019;22:175-186)

DOI: 10.5505/kpd.2018.38247

SUMMARY

Objective: Child abuse and neglect should be a main topic in trainings of students who have a possibility to encounter a neglected and abused child in their future professional lives. Use of psychodrama in training such an important and sensitive subject is a novel approach. In this study, it is aimed to evaluate the effects of psychodrama method for the training about child abuse and neglect given to university students. **Method:** In this training, a group of 11 students attended the 16 week course, once a week for 2,5 hours. The effects of this training were evaluated by quantitative and qualitative methods. **Results:** For quantitative analysis pre and post training knowledge tests revealed scores of 33 and 39 respectively. The difference was statistically significant ($p < 0.05$). Awareness test scores for pre and post training evaluation were 85 and 89 respectively. Although there was an increase after training this increase was not statistically significant ($p = 0.65$). Focus group interview which was performed for qualitative analysis revealed that the training increased the participants' awareness and empathy, made them more sensitive for the news about children and child abuse, taught them not to judge people, encouraged them for their future career and made them understand the importance of multidisciplinary approach. **Discussion:** These perceived benefits indicate that psychodrama method may be used to teach the topic of child abuse and neglect.

Key Words: Child neglect, child abuse, psychodrama, training

GİRİŞ

Ülkemizde yaşayan 7-18 yaş arası çocukların % 25'nin ihmale, % 43'ünün fiziksel, % 3'ünün cinsel ve % 51'inin duygusal istismara maruz kaldığı belirlenmiştir (1). Ergenlerde tüm yaşam boyu yaşanan psikolojik ve fiziksel olumsuz çocukluk çağı deneyimleri ve ihmal sıklığının yaşa göre % 42,6 ila % 70,5 arasında değiştiği gösterilmiştir (2). Türkiye'de 2257 üniversite öğrencisinde gerçekleştirilen olumsuz çocukluk çağı deneyimleri araştırmasında da fiziksel istismar % 21,1; cinsel istismar % 7,9; duygusal istismar % 9,8; duygusal ihmal % 8,8; fiziksel ihmal % 5,7 ve aile içi şiddet % 18,4 olarak bulunmuştur (3).

Çocuğun istismarı bedeninde ve ruhunda, onarması güç yaralar ve sakatlıklar bırakabilen önemli bir sağlık sorunudur (4). İstismar ve ihmale uğramak bir çocuğun yaşamını ağır bir şekilde etkiler. Fiziksel istismar çocukta çeşitli boyutlarda yaralanma ve sakatlıklara, hatta ölüme yol açabilir. Cinsel istismar ise yine fiziksel yaralanmaya neden olabileceği gibi, çocuğu cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından da riske sokabilir. Ancak bu etkilerden çok daha sık olarak her tür istismar ve ihmalde, çocuk duygusal olarak örselenmektedir. Bunun sonucunda, çocukta duygusal sorunlar ortaya çıkabilmekte ve bu sorunlar uygun şekilde ele alınmadığında yaşam boyu sürecek sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Bunlar arasında depresyon, anksiyete, kişilik bozuklukları gibi ruh sağlığı sorunları başı çekmektedir (5). Çocukluk çağı cinsel istismarının erişkin dönemde madde bağımlılığı ve kendine zarar verme davranışları riskini artırdığı da gösterilmiştir (6, 7).

Olayın çocukta yarattığı etkilere ek olarak, olay resmi makamlara yansıdığına sistemlerdeki aksaklıklar ve sistemler arasında işbirliğinin yetersizliği nedeniyle bazen çocuğu olayın kendisinden bile daha fazla örselenebilmektedir. Çocuğa bu ikincil örselenmeyi yaşatmamak için çocuk koruma sistemi içinde çalışan tüm profesyoneller bilgi ve deneyim sahibi olmalı ve sistemin diğer parçalarında görev alan uzmanlarla işbirliği içinde çalışabilmelidirler (8). Bu nedenle istismar olgularına en uygun tedavi ve izlem yaklaşımı multidisipliner bir ekip çalışması ile sağlanabilir. Sağlık

kuruluşları içinde çocukla ilgili değişik uzmanlık dallarından hekimlerin yer aldığı Çocuk Koruma Birimleri'nin kurulması bu nedenle önemlidir ve en ideal tedavi ve izlemin yapılabilmesini sağlar. Bu birimin çocuğun korunmasından sorumlu Sosyal Hizmet Kuruluşları ve hukukçularla işbirliği içinde çalışması ile çocuğun öncelikli yararı gerçek anlamda korunabilmiş olur (9).

Çocuk koruma alanında çalışan uzmanların belirlenmiş yeterlikleri kazanmış olarak yetişmeleri sunacakları hizmetin kalitesi açısından çok önemlidir. Aynı zamanda bu uzmanların çok disiplinli bütüncül yaklaşım kavramını anlamaları ve farklı disiplinlerle işbirliği ve eşgüdüm içinde çalışabilmeleri de şarttır. İlgili uzmanlıkların lisans eğitimlerinde mesleki yeterlik için gerekli bilgiler verilse de disiplinlerarası yaklaşım çalışmaları daha zayıf kalmaktadır. Bu eksiklikleri tamamlamak için yenilikçi eğitim süreçlerine ihtiyaç duyulmaktadır.

Psikodrama yenilikçi alternatif bir yöntem olarak bu alanda kullanılabilir. Psikodrama insanların, duygularının, yaşam tarzlarının, içsel yaşantılarının, çatışma ve motivasyonlarının farkına varmalarını sağlar. Psikodramada bu kendini keşfetme sürecine eylem içindeyken ulaşıldığından, Moreno (1946) bu süreci "eylem içgörüsü" olarak adlandırmıştır (10). Eylem içgörüsü çeşitli biçimlerde eylemle öğrenmenin bir sonucudur. Duygusal, bilişsel, imgesel, davranışsal ve kişiler arası öğrenme deneyimlerinin bir bütünü olarak tanımlanır. Psikodramada geçmişte kalan belli bir olaya ilişkin anılar, sonuçlanmamış süreçler, fanteziler, rüyalar kişiyi gelecekte karşılaşılabilecek risklere hazırlayan kurgular, şimdi ve burada ya da ilgili ruhsal süreçlerin prova edilmemiş ifadeleri gibi durumları içeren pek çok sahne canlandırılır. Bu sahneler ya gerçek hayatta yaşanan olaylardan alıntılardır ya da içsel ruhsal süreçlerin dışavurumlarıdır (10).

Çocuk istismarı ve ihmali kavramını psikodrama yoluyla öğretme düşüncesi yeni bir yaklaşımdır. Bu alanda dünyada ve Türkiye'de çok az sayıda uygulama yapılmıştır. Gülpınar ve ark (2013) Çocuk Koruma Merkezlerini Destekleme Derneği kapsamında UNICEF'in desteği ile yaptığı projede özellikle üniversitelerdeki "Çocuk Koruma Merkezleri"nde çalışan uzmanlara yönelik bir

eğitim programı hazırlanmıştır (11). Bu programda çocuğun istismar ve ihmaline ilişkin temel kavramlara ek olarak, ilkeler, bütüncül yaklaşım ve değerlendirme ele alınmıştır. Gökler'in (2013) çalışmasında, çocuk koruma birimlerinde görev yapan sağlık çalışanları, sosyal hizmet uzmanları, psikolog ve psikolojik danışmanlara sunulan eğitim kapsamında iki olgu üzerinden, psikodrama teknikleri kullanılarak ihmal ve istismara uğradığı düşünülen çocuk, ergen ve aileleriyle görüşme teknikleri öğretilmiş ve bu görüşmeler yoluyla katılımcıların uygun beceri ve tutum geliştirmelerine destek olunmuştur (12). Katılımcılardan gelen geribildirimler bu yöntemin oldukça yararlı olduğu ve daha derin bir öğrenme süreci oluşturduğunun fark edilmesini sağladığı yönünde olmuştur.

Bu çalışmada ise, üniversite öğrencilerine uygulanan çocuk istismarı ve ihmali eğitiminde psikodrama yönteminin kullanılmasının sonuçları değerlendirilirken, bu yöntemin öğrencilerde çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi ve farkındalık artışına, empati yeteneklerinde olumlu yönde bir değişime, çocuklara yönelik şiddet olgularıyla karşılaştıklarında ele alabilme becerilerinde artışa, ekip çalışmasının önemini anlama ve bütüncül yaklaşabilme konusunda yetkinlik kazandırılmasına etkisi araştırılmıştır.

YÖNTEM

Örneklem

Nitel Değerlendirme Çalışması

Katılımcılar 2014-2015 eğitim yılında Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği gençlik kolu çalışmalarında yer almak üzere eğitime katılan üniversite öğrencilerinden gönüllülük esasına göre seçilmiştir. Eğitimin duyurusuna başvuran 58 öğrenciyle bireysel görüşme yapılmış, daha önce grup çalışması yapma deneyimleri, tanı almış bir psikiyatrik hastalıkları olup olmadığı, psikolojik destek alıp almadıkları, aldılarsa psikolojik destek süreçleri, bu eğitime katılmayı isteme nedenleri, gönüllülük düzeyleri gibi etmenler dikkate alınarak 14 kişilik bir ilk grup oluşturulmuştur. Katılımcılar Tablo 1'de kısaca tanıtılmıştır. Çalışmaya alınma

ölçütleri "çocuk alanında çalışma olasılığı olan bir mesleğin eğitimini görüyor olması, tedavi gerektiren herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmaması, öngörüşmede kendini tanıma ve geliştirme konusunda istekli olup, bu konudaki becerilerini geliştirmek istemesi" olarak belirlenmiştir. Çalışmadan dışlanma ölçütleri ise "çalışmaya alındıktan sonra katılım sürekliliğini sağlanamayacak olması ya da çalışmanın sürekliliğini sağlayamayacak şekilde devamsızlık yapılması" olmuştur. Bu üyelerin ikisi (M, N) yalnızca ikinci oturuma katılıp daha sonra devam etmemişlerdir. Bir üye (H) 8. oturumdan sonra bu eğitim ile çakışan başka bir çalışması nedeniyle gruptan ayrılmış ve 16 haftalık grup süreci 11 üye ile tamamlanmıştır.

Nitel Değerlendirme Çalışması

Nitel araştırmaların olaylara dair yorumlayıcı ve doğal bir yaklaşımı vardır. Bu, nitel araştırmaların olayları, insanların onlara attıkları anlamlar açısından yorumlamaya çalışması anlamına gelir (13). Nitel araştırmaların bir diğer özelliği tümevarımsal olmalarıdır, yani nitel çalışmalarda araştırmacılar önceden var olan kuramsal bilgi veya varsayımlar yoluyla veriyi değerlendirmezler. Bir durumu derinlemesine incelerler ve veriler aracılığıyla bir kuram oluşturmaya çalışırlar.

Nitel çalışmalarda görüşme yapılan kişi sayısından çok, görüşülen kişilerden elde edilen ayrıntılı ve zengin veriler önem taşır. Nitel araştırmalarda az sayıda insandan çok ayrıntılı ve zengin veriler

Tablo 1: Katılımcıların demografik bilgileri

Harf	Yaş	Cinsiyet	Bölüm	Sınıf
A	19	Kadın	Sosyal Hizmet	2
B	20	Erkek	Çocuk Gelişimi	2
C	21	Kadın	Psikoloji	4
D	22	Kadın	PDR	3
E	20	Kadın	Sosyal Hizmet	3
F	20	Kadın	Psikoloji	3
G	21	Kadın	Psikoloji	4
H	19	Kadın	Sosyal Hizmet	3
I	21	Kadın	PDR	4
J	20	Kadın	PDR	3
K	20	Kadın	PDR	3
L	21	Kadın	Psikoloji	4
M	19	Kadın	Sosyal Hizmet	2
N	19	Kadın	Çocuk Gelişimi	2

toplandığından dolayı bulguların genellenmesi oldukça güçtür (14). Bundan dolayı da nitel çalışmalarda bulguların topluma genellenmesi değil, aktarılabilirliği amaçlanır. Aktarılabilirlik bir çalışmanın bulgularının edinilen bağlama benzer durumlarda kullanılabilmesidir (15).

Nitel araştırmalarda örneklem seçimi amaca yöneliktir yani araştırmacının amacına yönelik konular üzerine ayrıntılı bilgi verebilecek katılımcılar seçilmektedir. Bu çalışma için nicel değerlendirme çalışmasının örnekleminden tipik örnekleme yöntemi kullanılarak 3 katılımcı seçilmiştir. Bu bağlamda 'tipik' katılımcı, 18-34 yaş grubunda olan üniversite öğrencisi (PDR, psikoloji, çocuk gelişimi, sosyal hizmet) olup, 16 haftalık psikodrama eğitim programını tamamlamış kişidir.

İşlem

Nicel Değerlendirme Çalışması

Katılımcılar 16 hafta boyunca haftada bir gün 2,5 saat süren eğitime katılmışlardır. Eğitim oturumları bir üniversite hastanesinde bulunan bir eğitim ve toplantı odasında gerçekleştirilmiştir. Çalışma boyunca yöneticiye (FŞD) bir çocuk psikiyatristi olan ve psikodrama konusunda eğitim almış yardımcı yönetici (CT) eşlik etmiştir. Grup sürecindeki toplam 16 oturumun içerik planlaması; ilk 4 oturumda genel psikodrama yöntemlerinin anlaşılıp uygulanabilmesine yönelik çalışmalar ('Psikodramaya alışıyoruz', 'Hadi spontan olalım', 'Protagonist oldum', 'Kaybettiklerim-bulduklarım' başlıklı oturumlar), takip eden 11 oturumda ise çocuk istismarı ve ihmali kavramı üzerinde çalışmayı sağlayacak senaryolar içerecek şekilde yapılmıştır. Bu 11 oturumun başlıkları: 'İstismar Kavramına Giriş', 'Duygusal İstismar', 'Fiziksel İstismar', 'Fiziksel İstismarın Uzun Dönem Etkileri', 'Cinsel İstismar', 'Ensest', 'Cinsel İstismara Uğramış Çocuğa Yaklaşım', 'Karşılansız Gereksinimlerimiz: İhmal', 'İçimizdeki Zıt Yönlerimiz / Duygusal İstismar', 'Oyun mu? İstismar mı?', 'Gazete Haberlerinde Çocuk İstismarı' olarak planlanmış olup son oturumda da grupla vedalaşma ve kapanış yapılmıştır. Genel olarak psikodrama çalışmalarında senaryo kullanımının katılımcıların doğallığını ve

spontanlığını engelleyebileceği düşünülse de, bu çalışmanın çocuk istismarı konusunda eğitim verme amacı taşımasından ötürü oturumlar özellikle bu şekilde yapılandırılmıştır. Her oturuma ısınma çalışması ile başlanmış, ardından çalışılacak senaryo yönetici tarafından anlatılmıştır. Senaryo verildikten sonra katılımcılar istedikleri rolleri seçmiş ve sahneleri oluşturmuşlardır. Oyun sırasında yönetici gerektiğinde eşleme, rol değiştirme ve ayna yöntemlerini kullanarak yardımcı egoların da senaryodaki kişilerle empati yapmasını sağlamıştır. Senaryonun oynanması bittikten sonra rol ve özdeşim geribildirimleri yapılmış, en sonunda da yönetici hem süreç analizi hem de o gün işlenen konunun eğitim hedeflerini içeren bir toparlama yaparak oturumu kapatmıştır. Oturumlarda bir nedenle katılımcıların çalışmak istediği önemli bir durum ortaya çıktığında da bu doğal akışa izin verilmiştir.

Nitel Değerlendirme Çalışması

16 haftalık eğitimin bitiminden yaklaşık 1 ay sonra odak grup görüşmesi konusunda deneyimli bir akademisyen klinik ve sağlık psikoloğu (MRK) tarafından odak grubu görüşmesi yapılmıştır. Odak grup görüşmesi yaklaşık 1,5 saat sürmüştür.

Veri Toplama

Nicel Değerlendirme Çalışması

Çalışma öncesinde birtakım nicel ölçüm araçlarıyla değerlendirme yapılmıştır. Ölçüm araçları olan Bilgi Testi ve Farkındalık Ölçeği bir tez çalışması sırasında geliştirilmiş ve ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (16). Bilgi Testi 5 seçeneğe çoktan seçmeli 50 sorudan oluşmaktadır. Bilgi testinin kapsam geçerliliği, anlatılan her konu için ayrı ayrı belirtke tablosu hazırlanarak ve sonuçta tüm derslerin ortak çocuk istismarı ve ihmali öğrenim hedefleri ve beklenen davranışları oluşturularak sağlanmıştır. Farkındalık Ölçeği 4 alt grup (fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmali) altında toplanabilen, toplam 20 maddeden oluşan, beşli likert tipi bir ölçektir. Çalışma sonrasında bu ölçüm araçlarıyla değerlendirme tekrarlanmıştır.

Nitel Değerlendirme Çalışması

Odak grup görüşmesi genel görüşme yaklaşımına göre yürütülmüştür. Bu yaklaşıma göre, görüşme başlamadan önce bir takım konu başlıkları taslak halinde hazırlanır ve soruların soruluş sırası ve ifadesi görüşmenin akışına göre belirlenir (17). Görüşmede katılımcılar katıldıkları eğitim hakkındaki düşüncelerini ve çalışmanın kendilerinde yarattığı etkileri ayrıntılı olarak anlatmışlardır. Görüşmenin hızı ve konu başlıklarının sıralaması katılımcılara göre belirlenmiştir. Görüşmeler sesli olarak kaydedilmiş ve ses kayıtları katılımcı kimlik bilgisi olmadan yazıya geçirilmiştir.

Veri Analizi

Nicel Değerlendirme Çalışması

Nicel verilerin istatistiksel analizi için SPSS Windows 16.0 programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler kesikli sayısal değişkenler için ortanca minimum-maksimum (min-maks) şeklinde, nominal değişkenler ise gözlem sayısı ve yüzde (%) biçiminde gösterilmiştir. Bilgi testi ve farkındalık testi ile yapılan nicel değerlendirmede gruplar arası puan ortalamalarının istatistiksel farkını değerlendirmek için bağımlı gruplarda Wilcoxon testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Nitel Değerlendirme Çalışması

Bu çalışmada nitel verilerin analizinde Gömülü Teori'nin (18) analiz teknikleri kullanılmıştır. Ses kaydı alınan odak grubu görüşmesinin çözümlenmesinden sonra analiz verilerden ortaya çıkan eğilimler ışığında tümevarım yöntemi ile yapılmıştır (17, 19, 20). Veri analizinde karar birliğine varma süreci literatürle uyumlu bir şekilde yürütülmüştür (21, 22). Önce yazarlardan biri, daha sonra da diğer yazarlar ayrı ayrı görüşmelerin çözümlenmesini okuduktan sonra görüşmeler tüm yazarlar tarafından beraberce tartışılmıştır. Üç katılımcı üzerine temellendirilen birincil analizin sonrasında odak grubu görüşmelerine devam edilmesinin teorik doyuma ulaşmak açısından yararlı

olabileceği düşünülmüştür. Ancak daha fazla odak grubu görüşmeleri yapmak pratikte karşılaşılan engellerden dolayı (katılımcı öğrencilerin bir kısmının nitel değerlendirme sırasında şehir dışında olması, sınav tarihleriyle çakışması ve mezun olması gibi nedenlerden) mümkün olmamıştır. Verilerin analizlerinden elde edilen temaların okuyucuya gösterilmesi için yeterli sayıda çözümlene materyali verilmiştir. Bu verilerin güvenilirliğini sağlamaya yardım etmiştir. Bu çalışmada geçerlilik açısından, tutarlılık, kuramsal ve katalitik geçerliliğe odaklanılmıştır (23). Özellikle katalitik geçerlilik yoluyla verilerin ve yorumların psikodrama uygulamalarına ve konuyla ilgili araştırmalara katkısı üzerinde durulmuştur.

BULGULAR

Nicel Değerlendirme Bulguları

Katılımcıların her birinin eğitim başlamadan önce ve eğitimden sonra yapılan Bilgi Testi puanları Tablo 2'de sunulmuştur. Grubun eğitim öncesi Bilgi Testi puanları 25-41 arasında değişmekte olup, ortanca olarak 33 iken eğitim sonrası Bilgi Testi puanları 33-41 arasında değişmekte olup, ortancası da 39 olarak bulunmuştur. Eğitim öncesi ve sonrası puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Katılımcıların her birinin eğitim başlamadan önce ve eğitimden sonra yapılan Farkındalık Ölçeği puanları Tablo 3'te sunulmuştur. Grubun eğitim öncesi Farkındalık Ölçeği puan ortancası 85

Tablo 2: Katılımcıların eğitim öncesi ve sonrası Bilgi Testi puanları

Üye	Ön test puanı	Son test puanı
A	25	33
B	41	38
C	30	41
D	35	41
E	31	34
F	33	41
G	37	41
I	37	39
J	33	38
K	34	40
L	33	34

$P < 0.05$ Wilcoxon İşaretli sıralar testi

Tablo 3: Katılımcıların eğitim öncesi ve sonrası Farkındalık Ölçeği puanları

Üye	Ön test puanı	Son test puanı
A	81	79
B	91	90
C	89	88
D	82	91
E	81	82
F	91	92
G	78	83
I	85	90
J	77	77
K	85	89
L	90	91

P=0.065 Wilcoxon İşaretili sıralar testi

(min:77- maks:92) iken eğitim sonrası Farkındalık Ölçeği puan ortancası 89'a min:77-maks:91) yükselmiştir. Ancak eğitim öncesi ve sonrası puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.065).

Nitel Değerlendirme Bulguları

Katılımcıların görüşleri iki grupta toplanabilir: psikodrama eğitiminin yararları ve psikodrama eğitimini geliştirme önerileri. Aşağıda verilen bulgularda yer alan numaralar katılımcılara eğitim sırasında verilen alfabetik simgelerle değil, odak grubu görüşmesi sırasında kendilerine verilen numaralarla tanımlanmıştır: A-2 numara, C-1 numara, L-3 numara.

Psikodrama Eğitiminin Yararları

Katılımcılar eğitimin birtakım yararları olduğunu dile getirmişlerdir. Bazı yararlar psikodrama ve çocuk istismarının doğası ile ilgili olmuştur. 3 numaralı katılımcı bir hafta öncesinde bir tanıdığına çocuğu ağladığında ona duyarsızca davrandığını ve hiçbir şey anlamadan *hadi git odana gibisinden* ona kötü davrandığını gözlediğinde istismarın yalnızca fiziksel olmadığını öğrendiğini vurgulamıştır. Bundan dolayı aynı katılımcı bu konuda tüm ebeveynlerin uyarılması gerektiğini ve kendisinin de bunu yapmaya başladığını belirtmiştir: *böyle çok küçük küçük onu uyarmaya başladım, bu onu aslında hani incitebilir, onu üzebilir gibisinden.*

Buna bağlı olarak, 2 numaralı katılımcı bu eğitimin psikodrama tekniğini öğrenmenin ötesine geçtiğini belirtmiştir: *Ben hani sadece tekniklerini öğreniriz hani biraz da belki konuyu öğrendiklerimi pekiştiririz diye gelmişim. ... cinsel istismar ve ihmali ile ilgili gidip görmediğimiz birçok noktayı bize gösterdi.* Aynı katılımcı bu sorunda en büyük etken aile görüşünü savunup, kültürün önemini vurgulamıştır. Diğer bir katılımcı [1] *Çocuğun suçu değil ve ihmal ya da istismarın üstü genelde kapatılmaya çalışılıyor görüşlerini paylaşmış ve bunun baş edilmesi gereken bir durum olduğunu vurgulamıştır: 'Belki çocuk uyduruyordur' diyenler çıkabilir karşımıza ama biz bunlarla baş etmeyi öğrenmeliyiz yani gerekirse bi yardım almalıyız başka kişilerle işbirliği içinde olup o çocuğu da yalnız bırakmamamız gerekir.* Ayrıca, bu durumun [3] *bir insanı kötü hissettirebileceğinin yanında tehdit unsuru olarak da ortaya çıkabileceği vurgulanmıştır.* Örneğin 2 numaralı katılımcı bir çocuk cinsel istismar vakasını bir arkadaşının yetkililere rapor etmesi durumunda arkadaşının *'burada senin yiyecek ekmeğin yok'* şeklinde işini kaybetmekle tehdit edildiğini belirtmiştir.

Bununla beraber katılımcılar cinselliğin genelde [3] *yasak*, [2] *ayıp* ve [1] *suç* olarak görüldüğünü belirtmişler ve bu durumu cinsellik ve ihmal ve istismar eğitimlerinin verilmeyişi ile bağdaştırmışlardır. 1 numaralı katılımcı bu tür eğitimlerin gerekliliğini şu şekilde açıklamıştır: *Bir de eğitim vermiyoruz bence çocuklara cinsellikle ilgili bir eğitim verilmiyor ya da ne bileyim ihmal ya da istismarla ilgili bir eğitim verilmiyor. O yüzden de çocuklar ne olduğunu bilmiyorlar... Biz öğretmediğimiz için de ya da büyükler olarak toplum tarafından öğretilmediği için kültür olarak bizim toplumumuzda cinselliği konuşmak ayıp ya da ...suç gibi karşılanıyor.*

Bu eğitimin psikodrama tekniklerinin ve istismar ve ihmalin doğasını öğrenmenin ötesinde kişisel ve profesyonel yararları olduğu belirtilmiştir.

Kişisel Yararlar

Katılımcılar bu eğitimin kişisel anlamda [2] *düşünme fırsatı*, [3] *paylaşma isteğini* tatmin etme ve [2] *yüzleşme imkanı* sağladığını dile getirmişlerdir. Diğer yararlar [2] *güçlü durma*, ken-

dini tanıma ve kişisel gelişim olarak açıklanmıştır. 1 numaralı katılımcı kendini tanıma sürecini kendine özgü bir şekilde açıklamıştır: *ben mesela biraz çekingendim, toplum içinde kendimi ifade etmekte bazen sorunlar yaşayabiliyordum. Ama grupta sıcak bir hava vardı ve bu da bu sayede kırıldı. Ve gizlilik olduğu içinde herkes kendini rahatça açabildi. Bu da çok etkiliydi. ... kendi geçmişime döndürdü ... Ve gerçekten benim için ihmal ya da istismar olan bir şeyler var mıydı gibi. Geçmiş defterleri açmamı sağladı.* 2 numaralı katılımcı ise kişisel gelişim sürecini kendimize söylemediğimiz şeyler konusunda çok fazlaca yararı var ve bunları görünce gerçekten o kişisel gelişimimize de bir katkı sağlıyor şeklinde açıklamıştır. Özellikle katılımcılar psikodramanın [2] cesaret kattığı, özgüven geliştirdiği [1] hayatın tadını çıkartmanın önemli olduğunu farkına varılmasına yardım ettiğini vurgulamanın yanında psikodramanın esnekleşmeye yardım ettiğini de belirttiler: [3] *Benlerimizi burada oturtturduk sandalyeye. ... Burada gördük ki mesela o benleri çatıştırırken ... bazen birbirlerine karışabiliyorlar bazen hani biri ağır basıyor... ama hani bir bütünlük var.*

Profesyonel Yararlar

Psikodrama yoluyla istismar ve ihmal olayları incelenince [2] *kararsızlık* ve [2] *çaresizlik* duygularının ortaya çıkabileceği, psikodramanın [1] *önyargısız olma*, [2] *yargulamama*, [1] *profesyonel hissini* geliştirmeye özellikle [2] *bütüncül bakmaya* yardım edebileceği belirtilmiştir.

Bu faydaların bir tanesi farkındalık kazandırılması olarak ortaya çıkmıştır. 1 numaralı katılımcı şu şekilde açıklamıştır: *Bu eğitim bana farkındalık kazandırdı. ... Bunun sayesinde mesela insanlara daha farklı bakabilmeyi gördüm.* Aynı katılımcı etrafındaki insanların ihmal ya da istismar davranışlarını sergilerken, çocuklarına bu şekilde davranırken, bu davranışların ihmal ya da istismar olduğunu düşünmediklerini ve farkındalık yaratmanın insanların kendi davranışlarını sorgulamada yararlı olabileceğini vurgulamıştır. Diğer bir katılımcı [3] özellikle tükenmişlik hissini farkına varılmasının önemini kendine özgü bir şekilde şöyle açıklamıştır: *tükenebilmeyi de biraz gördük. ... Burada gerçekten bazı hikayelerden sonra özellikle o*

kişi yani istismara uğrayan kişiyse ya da oradaki rolünüz daha böyle hani tüketecek şekildeyse gerçekten eve giderken çok ağır hissettiğimi böyle yani düşünüyorum şu an. ... Hani buradaki olayları tabii ki birebir anlatarak değil ama hani mesela yasta annesini kaybeden bir arkadaşımızı işlediğimiz gün ben gerçekten eve gidip anneme böyle sınımsız sarıldığımı yani biliyorum. Ve gözlerim dolu dolu, annem ne oldu dediğinde hani koştum. Gerçekten seni kaybetmekten korktum diye.

Farkındalık sürecinde psikodrama eğitiminde [1] *sağlam durma*, *sakin durma* becerilerinin yanında, bir insanın hayatına mal olabilecek [2] *yetememe* hissini de önemli olduğunu anlaşıldığı vurgulanmıştır. [3] numaralı katılımcı tükenmişliğe rağmen kendini onarabilme fırsatının da olabileceğini şu şekilde betimlenmiştir: *evet tükenebiliriz ama mesela orada senin farklı farklı mesleki elemanlarla bir ilişkilerin var. Mesela arkadaşlarından o raddede bir süpervizyon gibi bir konuşma yapıp şey alabilirsin geri bildirim alabilirsin. Yine senin mesela bir daha üstünde olan bir hocan var. ... tükensek bile bizi onaracak kişiler, kurumlar, kuruluşlar ya da o yapılar var.*

Psikodramanın empatiyi arttırmada çok yararlı olduğu vurgulanmıştır: [3] *empati yaparak anlamının gerçekten şu an önemli olduğunu düşünüyorum. Hep başta aklıma o geliyor yani birinin yerine kendini koyuyorsun sadece onun yerinde olmakla kalmıyorsunuz onun için işte üzülüyorsunuz, seviniyorsunuz, karar vermeye çalışıyorsunuz. Ve gerçekten buydu benim için burada temel olan diye düşünüyorum. ... Yani birinin yerinde olduğunda gerçekten onun gibi üzülebiliyorsun ya da olaylara sırf tamamıyla onun gözünden bakabiliyorsun ve bunun gerçekten karşımızdaki insanı anlamada kendime çok fazlaca bir şeyler kattığını düşünüyorum. Yani sadece onun yerine koymadım kendimi, o gibi de olabildim. Bence bu çok önemliydi.* Aynı katılımcı ayrıca, soru sorma şeklinin de önemli olduğunu vurgulamıştır: *bu zamana kadar tüm derslerde gördük, karşındaki ... danışanına 'neden' diye soru sormazsın ya da ... sorgulayıcı sorular sormazsın. Ama burada o kişinin yerine geçince gerçekten ... 'neden' diye sorduğunuzda karşımızdaki kişinin cevabı olamayacağını da böyle görmüş olduk.* Özellikle empati sayesinde katılımcılar sadece [1] *istismarı yapan değil istismara uğrayan, ikisine de*

farklı açılardan bakmayı öğrendiğini ve [2] sadece istismara uğrayan kişinin değil de istismarı yapan kişinin de kendince haklı nedenleri olabileceğini de görmüş olduğunu belirtmişlerdir.

Empatinin yanında katılımcılar eğitimin iletişim kurabilme, dinleyebilme ve anlayabilme gibi konuların önemini kavramak açısından faydalı olduğunu belirtmişlerdir. 1 numaralı katılımcı *bir insanla karşılaştığımda nasıl konuşmam gerektiğini, onunla nasıl iletişim kurmam gerektiği konusunda bilgi edindim. ... yargulamadan onu dinlemem gerektiğini öğrendim.* Katılımcılar [3] *sadece anlıyorum demenin o kişi için çok onarıcı olabileceğini kavramanın yanında, iletişimin özellikle olaylara açıklık getirebilme yoluyla kuvvetlendiğini belirtmişlerdir.* 2 numaralı katılımcı bu süreci şu şekilde açıklamıştır: *arkadaşlarım mesela bir şeye üzülmüyorlar hani neye üzüldüğünü söylüyor sonra diyorum ki seni daha çok üzen bir şey var mıydı? Bunu düşünerek geçmişine gidiyor, ... aslında onu yaralayanın ne olduğunu buluyor. Bu şekilde bir şey öğrendik ve bu şekilde iletişimimiz daha da kuvvetlendi diye düşünüyorum.*

Psikodramanın diğer bir profesyonel yararı bu konuyu bir ihtisas alanı olarak seçme şeklinde ortaya çıkmıştır: [3] *Ben kendi adıma çocuk ve ergende klinik psikopatoloji çalışmak istiyorum. ... Buraya geldikten sonra bu alanla ilgili çok daha fazla işte gönüllü projeler olsun ya da internette takip etmek olsun, bir yerlere katılmak olsun, bunların da yolunu açtı benim için. ... Yani bir yerlere gidiyorum, karşılığında yeni insanlarla tanışıyorum. Yeni bir şeyler yapıyorum ve bir şeyler öğreniyorum, bunun kapısını da bana çok açtığını düşünüyorum. Bir şeyleri netleştirdiğini de düşünüyorum yani hep çocuk ve ergen çalışmak istiyorum deyip de burada bu kadar olayda belki de kendime dönüp şunu da diyebilirdim. Hani gerçekten aslında ben bunu yapmakta zorlanabilirim. Ya da farklı bir alan seçebilirim. Ama bu bende böyle bir etkiden çok hani gerçekten aslında ben bu alanda olmak istiyorum.*

Katılımcılar ayrıca, psikodramanın çocuklarla görüşme becerisinin geliştirilmesinde, [1] *çözüm yolları bulunmasında ve [3] verilen kararın herkesi etkileyebileceğinin farkına varılmasında yararlı olduğunu belirtmişlerdir.* Bunun yanında

katılımcılar multidisipliner çalışmaya yönelik ön yargının azalmasında ve prosedürel yaklaşımdan sakınılmasında da psikodramanın önemli olduğunu vurgulamışlardır. 3 numaralı katılımcı multidisipliner çalışmaya yönelik ön yargıda azalmayı kendine özgü bir şekilde şöyle açıklamıştır: *Psikoloji okuyorum. ...sosyal hizmet, PDR gibi bu alanlar da hep böyle bir ayrışma vardı aramızda. İşte sanki onlarla çalışamayız ya da ben bir şeyi çok biliyorsam karşı grup bilemiyor gibi. Böyle bir önyargı içerisindeydim. ... böyle bir önyargımı kırması açısından da çok faydalı olduğunu düşünüyorum bu grubun benim için.* Aynı katılımcı prosedürel yaklaşımdan sakınmanın gerekli olduğunu da şu şekilde açıklamıştır: *işte yönetmelikler prosedürler... burada bazı olaylarda şeyi çok gördük: amirlerin ... olaya nasıl müdahil olup da yani gerçekten kişiler açısından çok kötü sonuçlar doğurabileceğini.*

Psikodrama Eğitimi Geliştirme Önerileri

Katılımcılar eğitimi geliştirmekle ilgili birtakım önerilerde bulunmuşlardır. Katılımcılar eğitimin diğer bölümlerde okuyan öğrencilere, örneğin [3] *hukuk ve [2] tıp öğrencilerine verilmesini önermenin yanında farklı meslek gruplarına da sunulmasını önermişlerdir.*

Katılımcılar vaka örneklerinin [1] *sayısının arttırabileceğini* belirtmişlerdir. 2 numaralı katılımcı bu görüşü biraz daha genişleterek duygusal istismar ve zorbalıkla ilgili vaka çalışmalarının eğitime eklenmesini şu şekilde dile getirmiştir: *biz genelde burada vaka örneği olarak işte fiziksel istismar yaptık, cinsel istismar yaptık ve bunların içinde hepsinin duygusal istismar vardı ihmal de vardı. Hani bu duygusal istismar hakkında da konuştuk ama böyle tamamıyla bir vaka yapmadık. Belki duygusal istismar da bir vaka olarak eklenebilir. ... Bir tane çok yoğun duygusal istismarın olduğu işte belki bir akran zorbalığının olduğu ...bir şey daha belki eklenebilir.* Buna bağlı olarak 1 numaralı katılımcı vaka örneklerinin ne şekilde sonuçlandırıldığının da tartışılmasının önemli olduğunu vurgulamıştır: *birkaç olayın sonucunda neler oldu yani önümüze öyle bir şey mesela böyle böyle oldu sonucunda da bu oldu gibi. Somut örnekler olabilir belki.* Katılımcılar için geribildirim almak da önemli olmuştur. 3 numaralı katılımcı bu ihtiyacı şu şekilde dile getirmiştir: *Hani böyle üç*

ayda bir altı ayda bir acaba hani toplanıp da geri bildirim alınabilir mi diye? ... Belki böyle uzun vadede toplanmalar olabilir. Diğer bir katılımcı görülen vakaların ileride paylaşılmasının önemini vurgulamıştır: [1] gerçekten bu eğitimi almış kişiler sonrasında meslek hayatına başlayacaklar ve gerçekten böyle vakalarla karşılaşabilirler. Ve biz tekrar buluşup mesela bunları paylaşma belki çok şey katabilir. Yeni öğrenenlerle paylaşabiliriz ya da beraber paylaşabiliriz.

TARTIŞMA

Bu çalışmada üniversite öğrencisi gençlere “Çocuk istismarı ve ihmali konusunda psikodrama yöntemiyle verilen farkındalık eğitiminin etkileri araştırılmıştır. Psikodrama, Levy Moreno tarafından 20. yüzyılın başlarında uygulanmaya başlanmış bir grup psikoterapisi yöntemidir (24). Psikodramanın temeli rol oynamaya dayanır. Oynama süreci bir başkasını veya farklı koşullarda kendini canlandırma sürecidir. Bireyler yaşam süreçleri boyunca farklı kişilerle pek çok farklı rolü canlandırırlar. Kişilerin bu rollerde diğerlerine nasıl davrandıklarının farkına varması bireylere davranışlarını değiştirebilme imkanı verir. Farklı rolleri oynama yoluyla psikodrama, kişinin yeni yönlerini yaşamasını ve öğrenmesini teşvik eder. (25). Psikodramanın temel teknikleri çocukta rol gelişiminin beş aşamasına ve rol öğreniminin kaynaklarına dayanır (26). Temel psikodrama teknikleri, ‘eşleme’, ‘ayna’ ve ‘rol değiştirme’ dir.

Psikodramada protagonistin eylem sırasında kendini ifade etme konusunda zorlanma yaşadığı durumlarda eşleme yöntemi kullanılarak başka bir katılımcının protagonist adına konuşması, Moreno'nun (1946) Rol Kuramına göre çocuğun anneyi kendi uzantısı olarak algıladığı dönemi yansıtır. Çocuğun yaşamı için gerekli olan, kendisinin yerine getiremediği her türlü gereksinimi anne tarafından anlaşılır ve yerine getirilir (26). Psikodramada kullanılan temel yöntemlerden bir diğeri olan aynalama yöntemi de kişinin dış dünya ile kendisi arasındaki karşılıklı etkileşimi gösterir. Teknik olarak ayna, protagonistin kendi yansımasını dışarıdan görmesini ve daha gerçekçi değerlendirmesini sağlar (27). Rol değiştirme tekniğinde ise katılımcı kendisini başkasının rolüne

sokar, o rolü oynar. Protagonist de bu teknikle karşıdaki kişinin rolünü oynarken, onu yaşar ve hisseder. Onun yerini alınca, onun dili ile konuşup, onun gözü ile görünce, rol değiştiren kişinin görüş açısı değişir (26). Bu çalışmada her üç teknik de kullanılmıştır. Eşleme yöntemi senaryoda rol alan kişilerin zorlandığı durumlarda sıkça kullanılmış ve bu sayede diğer grup üyeleri de o rolde neler hissedebileceğini yakından yaşamışlardır. Bu yöntem gerek rolü oynayan, gerekse eşleyen kişide aynı anda eylem içgörüsü oluşmasına yardımcı olmuştur.

Moreno'nun spontanlık-yaratıcılık kavramı psikodramanın ve eylem kuramının köşetaşdır (28). Travmatik durumlarda ya da travmatik durumlar üzerinde çalışılırken kişinin spontanlığı etkilenebilir. Travmatik durumlarla çalışılırken spontanlığın yeri ve işlevi önemlidir. Spontanlık dışsal streslere karşı kişinin içsel uyumunu sağlamada olduğu kadar, aynı zamanda iyileşmeyi de hızlandıran temel bir öğedir. Psikodramanın spontanlık ve yaratıcılığı güdüleyici etkisi kişinin yeniden harekete geçmesini ve kendini ifade edebilmesini kolaylaştırır (29). Bu çalışmada, özellikle istismar ile ilgili oturumlarda senaryolar bir çerçeve olarak verilmiş olsa da, senaryoların işlenmesi, içeriğin ve akışın oluşturulması üyelerin spontanlığına ve yaratıcılığına bırakılmıştır. Bu süreç üyelerin spontanlık ve yaratıcılığının gelişmesine katkıda bulunmuştur.

Psikodrama ve sosyodrama teknikleri, en yaygın kullanım alanı olan grup psikoterapisine ek olarak eğitim etkinliklerinde uzun yıllardır kullanılmaktadır. Moreno tarafından başlatılan bu yöntem daha sonra tarih, sosyal çalışmalar, kültürel konular, yabancı dil, yaşam becerileri, edebiyat, psikoloji, tıp, hemşirelik ve erişkin eğitimi alanlarında da kullanılmıştır (30). Propper (2003) drama ve edebiyat eğitimlerinde psikodrama yöntemlerini bizzat kullandığını belirterek, bu eğitim yöntemiyle öğrencilerinin roman karakterleri ve temalarıyla içsel bağlantılar kurduklarını ve bunun çok etkin bir eğitim olduğunu gözlediğini vurgulamıştır (31).

Çalışmanın bu alanda bir ilk olması nedeniyle etkin olup olmadığının değerlendirilmesi de ayrı bir

önem taşımaktadır. Geleneksel eğitim yöntemine göre çok daha fazla zaman ve emek gerektiren bu eğitimin yararlılığının gösterilmesi, devamına ve yaygınlaştırılmasına karar vermek açısından gereklidir. Bu nedenle çalışma grubunun kazanımları, hem nicel hem nitel yöntemlerle değerlendirilmiştir.

Nicel değerlendirme, daha çok fen bilimleri alanında yapılan çalışmalarda tercih edilen bir yöntemdir. İstatistiksel değerlendirmelerin anlamlı bulunabilmesi için genelde 30'un üzerinde denekten veri toplanması arzu edilir. Sayının daha az olduğu durumlarda parametrik olmayan testler kullanılarak yine de istatistiksel anlamlılık araştırılabilir (32). Bizim çalışmamızda psikodrama grubunun verimli olabilmesi için 30 kişilik büyük bir grupla çalışma yapma şansı bulunmuyordu. Çalışmayı tamamlayan 11 üyenin ön test ve son test sonuçları parametrik olmayan yöntemlerle karşılaştırıldı. Karşılaştırmada bilgi testinde (16) ön test ve son test sonuçları arasında anlamlı bir artış saptandı. Bu test, planlanan öğrenim hedeflerine uygun olarak yapılandırıldığı için bu sonuç beklentilere uygundu. "Farkındalık ölçeği" olarak adlandırılan ölçek ise 20 tane senaryodan oluşan ve senaryoda söz edilen durumların istismar olup olmadığı konusunda yorum niteliği taşıyan bir ölçekti (16). Dünya literatüründe başka bir örneği olmadığı gibi, yorumların kültürden kültüre değişebilme özelliği nedeniyle de geliştirilmesi ve standardizasyonu zor bir ölçekti. Grup üyelerinin bu ölçeğe eğitim öncesi verdikleri yanıtların puanı ile eğitim sonrası puanları arasında istatistiksel olarak farklı olmasa da bir artış vardı. Farkın istatistiksel olarak yeterince yüksek bulunmamasının, ölçeğin verilen eğitimdeki öğrenim hedefleri ile tam örtüşmemesi ya da grup üyelerinin sayısının görece az olmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Bu çalışmada da çocuk istismarı gibi karmaşık bir kavramın eğitiminden söz edilirken, verilen eğitimin yararlarını araştırmak için nicel ölçüm araçlarının psikodramatik yöntemle yapılan eğitimin yarattığı değişimleri açıklamada yetersiz kalacağı düşünülmüştür. Bu nedenle değerlendirmenin nitel bir değerlendirme ile desteklenmesinin yararlı olacağı görüşüne varılmıştır.

Nitel değerlendirme sürecinde, katılımcılar eğitimin birtakım yararları olduğunu dile getirmişlerdir. Bu yararlar psikodrama ve çocuk istismarının doğası ile ilgili olmanın ötesine geçmiş olup, kişisel ve profesyonel yaşamla ilgili olmuştur. Katılımcılar kişisel açıdan bu eğitimin düşünme, yüzleşme, kendini tanıma ve güçlü durma fırsatı sağladığını, paylaşma isteğini tatmin ettiğini ve kişisel gelişimi desteklediğini vurgulamışlardır. Profesyonel açıdan, psikodramanın önyargısız olma, yargılamama, profesyonellik hissini geliştirmeye özellikle bütüncül bakmaya yardım ettiği de belirtilmiştir. Yine, psikodramanın özellikle tükenmişlik konusunda farkındalık kazandırdığı, tükenmişliğe rağmen kendini onarabilme fırsatı yarattığı, bazı durumlarda yetememe hissini yanında sağlam durma, sakin durma becerilerinin de önemli olduğunun anlaşıldığı vurgulanmıştır. Empatinin yanında katılımcılar eğitimin iletişim kurabilme, dinleyebilme ve anlayabilme gibi konuların önemini kavramak açısından faydalı olduğunu belirtmişlerdir. Çocuklarla görüşme yeteneği geliştirmenin, çözüm yolları bulmanın ve verilen kararın herkesi etkileyebileceğinin farkına varmanın yanında katılımcılar bu eğitim sayesinde multidisipliner çalışmaya yönelik ön yargılarının azaldığını ve prosedürel yaklaşımdan sakinmaları gerektiğinin farkına vardıklarını belirtmişlerdir.

Çocuk istismarı ve ihmali gibi hassas bir konuda psikodrama yöntemiyle eğitim yapmanın içgörü ve empati yeteneğini geliştirmesi beklenen bir sonuçtur. Bu yöntemin bu tür bir eğitimde çok yararlı olabileceği profesyonellerle yapılan daha önceki psikodrama eğitimlerde de gözlenmiştir (12). Bu çalışmada, o eğitimlerde bir tam gün, ya da iki yarım gün şeklinde uygulanan yöntemden daha uzun süreli ve çocuk istismarının her türünü içeren olgular üzerine çalışmalar yapılmış, ayrıca çocuk istismarı olgularıyla çalışmaya başlamadan önce ilk dört oturumda kendileri hakkında içgörü kazanmalarını sağlayacak oturumlar gerçekleştirilmiştir. Bu tarz bir eğitimin daha derin ve kalıcı bir öğrenme süreci yaratacağı düşünülmektedir. Bu yöntem üyelerin öncelikle kendi kişisel gelişimlerini hızlandırmış, bu olgularla çalışmaya başlamadan önce öğrencilere kendi çocukluk incinmişliklerini gözden geçirme olanağı tanımıştır. İhmal ve duygusal istismar oturumları için senaryo verilmemiş, onun yerine kendi çocuk-

luk anılarından yola çıkılarak çalışmalar yapılmıştır. Böylece hem kendi geçmişlerinde yaşadıkları duygusal istismar ve ihmallerle yüzleşmeleri, hem de bu tarz istismar ve ihmalin yaratacağı duygusal yükü yakından anlamaları sağlanmıştır. Fiziksel ve cinsel istismar oturumları ise gerçek olgulardan oluşan senaryolar üzerinden yapılmıştır. Bunun nedeni grupta herhangi bir üyede böyle ağır ve yoğun bir istismar yaşanmış olsa bile, bu kadar özel ve travmatik bir yaşantının paylaşılmasının, bir eğitim grubu için uygun olmayacağı düşüncesidir. Bunun yerine bu iki durum için yaşanmış olgulardan yola çıkılarak hazırlanmış senaryolar kullanılmış, bu senaryolar-daki roller aracılığıyla öğrenim hedeflerine ulaşmaya çalışılmıştır. Psikodramada senaryolar kullanılarak oyun oynanması, sık kullanılan bir yöntem değildir. Grup terapisi amacıyla yapılan oturumlarda üyelerin spontan paylaşımlarını ketyebilir. Ancak bu çalışmada amaç eğitim olduğu için, daha yararlı olacağı düşünülen bu yöntem özellikle tercih edilmiştir.

Çocuk istismarı ve ihmali gibi duygusal olarak yoğun bir konuyla uğraşmanın risklerinden biri de mesleki tükenmişlik yaşanması olasılığıdır. Tükenmişlik duygusal, bilişsel ve fiziksel yorgunlukla kendini gösteren, zaman içinde yavaşça gelişen bir süreçtir. Bu duyguya bıkkınlık, yıpranma ve yaşama karşı olumsuz tutumlar geliştirme eşlik eder (33). Odak grup görüşmesinde açığa çıkan duygulardan biri bu konuyla uğraşırken tükenmişlik yaşanabileceğinin farkına varılması ve bunu önlemek için bir şeyler yapılması gerektiğinin anlaşılması olmuştur. Bu da meslek yaşantılarına başlamadan önce edinilmiş bir deneyim ve farkındalık olarak öğrencilere yararlı olmuştur.

Nitel çalışmada katılımcıların eğitimle ilgili olarak vurguladıkları yararlar empati, farkındalık ve tükenmişlik konularının da ötesine geçmiştir. Bu algılanan yararlar psikodrama yönteminin çocuk istismarı ve ihmali alanında mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerde kullanılmasının birçok açıdan yararlı olabileceğine işaret etmektedir. Katılımcılar eğitimi geliştirmekle ilgili birtakım önerilerde de bulunmuşlardır. Bu öneriler arasında eğitimin hukuk ve sağlıkla ilgili diğer bölümlerde okuyan öğrencilere ve meslek elemanlarına da sunulması, vaka örneklerinin sayısının artırılması, duygusal

istismar ve zorbalıkla ilgili vaka çalışmalarının eğitime eklenmesi bulunmaktadır. Bu öneriler doğrultusunda psikodrama yöntemi ile ileride verilecek eğitimler geliştirilebilir.

SONUÇ

Çocuk istismarı ve ihmali, özellikle meslekleri nedeniyle çocuk alanında çalışan ya da gelecekte çalışacak olan profesyonellere ve öğrencilere tüm yönleriyle öğretilmesi gereken önemli bir konudur. Eğitim alanında psikodrama ve sosyodrama yöntemleri bir süredir kullanılmakta olsa da çocuk istismarı ve ihmali konusunun eğitiminde kullanılması yeni bir yaklaşımdır. Bu çalışmada, bu konunun öğretilmesi için psikodrama yönteminin yararlı olduğu nicel ve nitel değerlendirmelerle gösterilmiştir. Bu alanda psikodrama yöntemi ile yapılacak eğitimlerin devam etmesi ve daha çok sayıda kişiyle nicel ve nitel değerlendirmeler yapılması sonucunda bilgi birikiminin daha da artacağı öngörülmektedir.

Yazışma adresi: Prof. Dr. Figen Şahin Dağlı, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Emekli Öğretim Üyesi dagliffgen@gmail.com

KAYNAKLAR

1. UNICEF. Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Raporu. <http://panel.unicef.org.tr/vera/app/var/files/c/o/cocuk-istismari-raporu-tr.pdf> Erişim tarihi:11.12.2015.
2. Sofuoğlu Z, Oral R, Aydın F, Cankardeş S, Kandemirci B, Koç F, Halıoğlu O, Akşit S. Türkiye’nin üç ilinde olumsuz çocukluk çağı deneyimleri epidemiyolojik çalışması. *Türk Pediatri Ars* 2014; 49: 47-56.
3. Ulukol B, Sethi D, Kahilogullari AK. Adverse Childhood Experiences Survey among University Students in Turkey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2014.
4. Dağlı T, İnanıcı MA (ed). Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri İçin Başvuru Kitabı İhmal ve İstismara Uğrayan Çocuğa Bütüncül Yaklaşım. Ankara, Fersa Ofset Matbaacılık, 2011.
5. Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child Abuse Negl* 1996; 20: 709-723.
6. Kendler KS, Bulik CM, Silberg J, Hettema JM, Myers J, Prescott CA. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:953-959.
7. Klonsky ED, Moyer A. Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2008;192:166-170.
8. Şahin F. Çocuk istismarı olgularının multidisipliner izlemi. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı içinde (ed. O. Polat) Ankara, Seçkin Yayıncılık: 329-338, 2007.
9. Dağlı T, İnanıcı MA (ed) Üniversiteler İçin Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri El Kitabı. Ankara, 2010.
10. Kellermann PF. Psikodramaya Derinlemesine Bakış. Gökler B, Gökler Danışman I, Mavili Aktaş A (çeviri) Ankara: Nobel Yayıncılık, 2013.
11. Gülpınar MA, Dağlı T, İnanıcı MA, Şahin F. Hastane Temelli Çocuk Koruma Birimlerinde Çalışan Uzmanların Yeterlik Eğitimi İçin Eğitici El Kitabı. Ankara. Yorum matbaa, 2013.
12. Gökler B. Çocuk, Ergen ve Aileyle Görüşmede Psikodrama. Gülpınar MA, Dağlı T, İnanıcı MA, Şahin F (ed). Hastane Temelli Çocuk Koruma Birimlerinde Çalışan Uzmanların Yeterlik Eğitimi İçin Eğitici El Kitabı. Ankara. Yorum matbaa. s:40-41, 2013.
13. Creswell JW. Nitel Araştırma Yöntemleri. Bütün M, Demir SB (çeviri) Ankara, Siyasal Kitabevi, 2013.
14. Miller W, Crabtree B. Primary care research: A multimethod typology & qualitative roadmap. In Crabtree B, Miller W (Eds.), *Doing qualitative research in primary care: Multiple strategies*. Newbury Park, CA: Sage Publications, pp: 3-28, 1992.
15. Henwood KL, Pidgeon NF. Qualitative research and psychological theorizing. *Br J Psychol* 1992; 83: 97-111. doi: 10.1111/j.2044-8295.1992.tb02426.x
16. Altan H. Üniversite öğrencisi gençlere çocuk istismarı ve ihmali konusunda yapılan eğitimin bilgi ve farkındalıklarına etkisi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora tezi. 2015.
17. Patton MQ. *Qualitative Evaluation and Research Methods*, 2nd ed., Newbury Park. Sage, 1990.
18. Strauss A, Corbin J. *Grounded Theory Research: Procedures, Canons and Evaluative Criteria*. *Qual Sociol* 1990; 13: 3-21.
19. Glaser BS, Strauss A. *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. London: Weidenfeld and Nicolson, 1967.
20. Dey I. *Qualitative Data Analysis: A User-friendly Guide for Social Scientists*. New York, Guilford and King’s Lynn: Biddles Ltd., 1983.
21. Elliott, R. *Comprehensive Process Analysis: Understanding the change process in significant therapy events*. In Packer MJ & Addison RB (Eds.), *Entering the circle: Hermeneutic investigation in psychology*. Albany, NY, US: State University of New York Press. pp. 165-184, 1989.
22. Guba EG, Lincoln YS. *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park (CA): Sage., 1989.
23. Stiles WB. *Quality Control in Qualitative Research*. *Clin Psychol Rev* 1993; 13: 593-618. doi: 10.1016/0272-7358(93)90048-Q
24. Moreno JL. *Psychodrama without words. First volume*. New York, NY, US: Beacon House, pp: 216-219, 1946.
25. Sharf RS. *Psikoterapi ve Psikolojik Danışma Kuramları. Kavramlar ve Örnek Olaylar*. Acar NV (Çeviri Ed.) Ankara, Nobel Yayınevi, 2014.
26. Özbek A, Leutz G. *Psikodrama: Grup Psikoterapisinde Sahnesel Etkileşim*. 2. Basım, Ankara, Psikodrama Enstitüsü Yayınları No:1, 2003.
27. Fontaine P. *Avrupa Gözüyle Psikodrama Eğitimi*. Doğaner İ. (Çeviri Ed.) İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 2001.
28. Baim C, Burmeister J, Maciel M. *Psikodrama: Kuram ve Uygulamadaki Gelişmeler* Doğaner İ. (Çeviri Ed.), Ankara, Nobel Yayıncılık, 2007.
29. Kellerman PF, Hudgins MK. *Psychodrama with trauma survivors*. Londra, Jessica Kingsley Publishers, 2000.
30. Sternberg P, Garcia A. *Sociodrama: Who is in your shoes?* Second edition. Connecticut, Prager publications, 2000.
31. Propper H. *Psychodrama as experiential education: Exploring literature and enhancing a cooperative learning environment*. *Psychodrama in the 21st Century: Clinical and educational applications*. Gershoni J (Ed.) New York: Springer, s: 229-236, 2003.
32. Gamgam H, Altunkaynak B. *Parametrik olmayan yöntemler*. 5. Basım. Ankara, Seçkin Yayıncılık. 2013.
33. Yalın A. Tükenmişlikle baş etme yolları. Dağlı T, İnanıcı MA. (ed) *İhmal ve İstismara Uğrayan Çocuğa Bütüncül Yaklaşım içinde* s: 214-216. Ankara. Fersa Ofset Matbaacılık, 2011

Influences of various variables on body image satisfaction among highly fertile women and infertile women

Çok çocuklu kadınlar ve infertil kadınlarda çeşitli değişkenlerinin vücut algısı memnuniyeti üzerine etkileri

Murat Eren Ozen¹, Mehmet Vural², Halef Aydın³, Mehmet Hamdi Orum⁴, Aysun Kalenderoglu⁵, Salih Selek⁶

¹M.D., Private Adana Hospital, Psychiatry, Adana, Turkey <https://orcid.org/0000-0003-2981-8036>

²M.D., Pendik State Hospital of Obstetrics and Gynaecology, Obstetrics and Gynaecology, Istanbul, Turkey <https://orcid.org/0000-0002-0977-7479>

³M.D., Akçakale State Hospital, Obstetrics and Gynaecology, Sanliurfa, Turkey <https://orcid.org/0000-0002-3949-8489>

⁴M.D., Adiyaman University Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, Adiyaman, Turkey <https://orcid.org/0000-0002-4154-0738>

⁵Assoc. Prof., Adiyaman University Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, Adiyaman, Turkey <https://orcid.org/0000-0002-8216-8610>

⁶Assoc. Prof., University of Texas Health Science Centre, Houston, Texas, United States of America <https://orcid.org/0000-0001-5197-5682>

SUMMARY

Objective: Involuntarily not being able to conceive a child has always been a social stigma which has resulted in emotional trauma and relationship strain. Body image is affected by infertility. Although several studies have revealed emotional stress in infertile individuals in Turkey and compared western and eastern societies' view of body image in infertile women, a comparison between highly fertile and infertile women has never been made before. Herein, we aimed to compare body image perception between infertile women and highly fertile women in the southeast part of Turkey. **Method:** In this study, 67 infertile and 59 highly fertile (women having children more than 5) women were enrolled. Body Image Scale was applied to both groups. Some sociodemographic information such as age, smoking status, and difficulties experienced in infertility processes were evaluated. **Results:** We showed that Body Image Scale scores including sexual power were significantly higher in highly fertile women. Body image was not associated with the gender of the child/children. The infertile group was found to have less smoking rates than the highly fertile group. **Discussion:** Therefore, the conclusion drawn deduces that body image is negatively affected by infertility and positively affected by high fertility, especially, in societies where having many children is expected and appreciated.

Key Words: Body image, infertility, high fertility population, sexual activity

(*Turkish J Clinical Psychiatry* 2019;22:187-192)

DOI: 10.5505/kpd.2019.74755

ÖZET

Amaç: Çocuk sahibi olamama, her zaman duygusal bir travma ve ilişki gerilimi ile sonuçlanan bir toplumsal damgalama olmuştur. Vücut algısı infertiliteden etkilenir. Türkiye'de yaşayan infertil bireylerdeki duygusal stres ve bu duygusal stresin batı ve doğu toplumları ile karşılaştırılması üzerine birkaç çalışma bulunmakla birlikte, daha önce ülkemizde fertil olan ve olmayan kadınlar arasında bir karşılaştırma yapılmamıştır. Biz burada, Türkiye'nin güneydoğusunda yaşayan infertil kadınlar ve yüksek fertiliteye sahip kadınların vücut algısını karşılaştırmayı amaçladık. **Yöntem:** Bu çalışmaya, 67 tane infertil olan ve 59 tane yüksek fertiliteye sahip kadın (5 taneden fazla çocuğu olan kadınlar) alındı. Her iki gruba da Vücut Algısı Ölçeği uygulandı. Yaş, sigara içme durumu gibi bazı sosyodemografik bilgiler ve infertilite süreçlerinde zorluk yaşanan durumlar değerlendirildi. **Bulgular:** Vücut Algısı Ölçeği skorlarının cinsel güç de dâhil olmak üzere yüksek fertiliteye sahip kadınlarda anlamlı olarak yüksek olduğunu gösterdik. Vücut algısı, çocukların cinsiyetiyle ilişkili değildi. Infertil grubun yüksek fertiliteye sahip gruba göre daha az sigara içtiği bulundu. **Sonuç:** Sonuçlar, vücut algısının infertiliteden olumsuz etkilendiğini ve özellikle kendisinden yüksek oranda çocuk sahibi olması beklenen toplumlarda yüksek doğurganlıktan olumlu etkilendiğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Sözcükler: Vücut algısı, infertilite, yüksek fertiliteye sahip popülasyon, cinsel aktivite

INTRODUCTION

One of the major basic instincts of the human being is reproduction. Technically, infertility is defined as lack of pregnancy despite one-year of unprotected regular sexual intercourse (1). It is estimated that between 80 and 168 million people worldwide and approximately 2 million people in Turkey are affected by infertility (2, 3). Involuntarily having no child has always been a social stigma and has caused emotional trauma and relationship strain (4). For women, the consequences of infertility have been even more severe. For example, husbands of infertile spouse had the right to divorce in Britain before (5). In patriarchal societies (e.g. Middle Eastern societies) psychosocial stress still remains increased for women (6). The increased levels of distress might be a result of the more severe consequences of infertility due to differences in the socio-cultural meanings (such as social humiliation of infertile people by others) of reproductive failure (7).

Some degree of emotional distress in response to infertility is anticipated. However, psychopathology is not a universal consequence. On the other hand, significant loss, denial, guilt feelings as well as poor body image had been reported in infertile people (8,9).

The definition of high fertility has changed over time, depending on various social and economic conditions. In some periods, those who have 7 or more children are called high fertile, and nowadays, there is an approach to change this definition and take the smaller numbers as the basis. In a paper which gave information about Amish women, it was stated that various variables were effective on fertility rates at different times (10). High fertility is defined as having 5 or more living children according to the State Statistical Institute (SSI) grouping in Turkey (11). Due to rising level of education, individual and social status and autonomy of women, and advances in technology, fertility is declining in developing countries (12,13). While fertility rates are declining in western and developed parts of Turkey, high fertility is still appreciated in eastern part (14). The dominant culture in Turkey can also be identified as a pronatalist (pro-

moting child bearing) culture. Besides, governmental policies promote childbearing in order to have a sustainable growth, recently (15).

Childlessness is accepted as a deficit and social pressure (especially by relatives) to have children is not uncommon (7). As it is common in underdeveloped regions, in the eastern part of Turkey, sons are also valued more than daughters due to the beliefs that boys will be in command of the family property in the future, as well as provide security for their elderly parents and leaving a large posterity is possible by sons (16,17). Therefore, high childbearing, especially son having women are still somehow more respected in eastern Turkey where the study was conducted.

Body image which was termed by Austrian neurologist and psychoanalyst Paul Schilder, refers to perception of one's own body (18). The development of body image for people would be considered a multidimensional phenomenon, since it involves physiological, psychological and social factors, which affect the emotions, thoughts and the way people relate with others, strongly influencing the quality of their lives (19).

Body image is affected by infertility. Several studies have revealed emotional stress in Turkish infertile women and compared western and eastern societies' view of body image in infertile women, but a comparison between highly fertile and infertile females has never been made before (7, 11).

We aim to compare highly fertile women and infertile women's body image perception in Sanliurfa, which is in eastern part of Turkey and is in high fertility rate region (11). Our hypothesis is that highly fertile women will have a more positive body image perception than infertile women. Male child having women in the highly fertile group are expected to have a more positive body image and body image perception is expected to be positively correlated with the number of children.

METHODS

Subjects

In this prospective study, sixty-seven subjects of both infertile (IF) and fifty-nine highly fertile groups (HF) were enrolled from the obstetrics and gynaecology department of Akcakale State Hospital. IF women who were diagnosed according to the valid definition by a gynaecologist were recruited from consecutive applications to infertility subunit of the same hospital for three months (21). High fertility is defined as having 5 or more living children according to the State Statistical Institute (SSI) grouping, and they were recruited from the outpatient unit at the same time (11). Exclusion criteria were having surgical and traumatic scars, having aesthetic surgery, positive anorexia nervosa history (checked by the on-line health record system MEDULA), pregnancy more than 12 weeks, inability to fill out the forms, and lack of consent in both groups. Local ethics committee approved the study protocol, and all the subjects were informed for their consent. Therefore, this study has been performed in accordance with the ethical standards laid down in the 1964 Declaration of Helsinki and its later amendments. 5 of the subjects refused to participate, 12 could not fill out the forms properly, and 7 were excluded due to surgical scars.

Procedure

All of the participants (67 IF and 59 HF) gave the informed consent. The women were examined by one ob/gynaecologist and their sociodemographic variables such as age, body mass index, marriage style, educational level, smoking status, having a male child or not, etc. were obtained by a standardized form. A standard gynaecological examination was made, and follicle stimulating hormone (FSH), luteinizing hormone (LH), estradiol (E2), thyroid stimulating hormone (TSH) and prolactin (PRL) levels were also recorded. Infertility types (primary 32, secondary 35) were enlisted in IF group as well.

Assessment of Body Image Satisfaction

Body Image Scale, formerly known as Body Cathexis Scale, was developed by Secard and Jurard (22) in 1953 and is a scale that determines the satisfaction of the person from forty different body parts or functions. Validity and reliability of the Turkish version were made by Hovardaoglu (23). The form of the scale used in our country is a five-point Likert-type measuring tool consisting of 40 items (1 = I like it, 2 = I quite like it, 3 = I'm not sure, 4 = I don't like it, 5 = I don't like it at all). The most positive expression is 1 point, whereas the most negative expression is 5. The lowest total score is 40 and the highest total score is 200. An increase in the total score taken from the scale shows decrease in the satisfaction of the body parts or function, whereas decrease of the score indicates an increase in satisfaction. It was determined that low satisfaction scores combined with insecurity. Items consist of the following variables, respectively (BIS 1-40): hair, facial complexion, appetite, hands, distribution of hair over body, nose, energy level, waist, exercise, elimination, will power, back, ears, age, chin, body build, profile, height, digestion, legs, resistance to pain, width of shoulders, arms, trunk, teeth, eyes, hips, resistance to disease, sensations, sexual power, feet, sleep, voice, health, sex activities, knee, posture, shape of face, weight, love life.

Statistical Analysis

Descriptive and statistical analyses were made by SPSS software (Version 22.0). Age, educational level and Body Mass Index (BMI) were accepted as covariates. For comparison of two means independent samples t test, for comparison of the ratios chi square's test and for correlation Spearman's correlation was used. Bonferroni's correction was made when necessary during comparison of subgroups. The significant value of p was accepted as smaller than 0.05.

RESULTS

Some of the sociodemographic and clinical characteristics of two groups are shown in Table 1. Religious contract marriage style is significantly higher in IF ($\chi^2=14.38$, $p<0.001$) and there were significantly fewer smokers in IF ($\chi^2=14.02$,

Table 1. Some of Sociodemographic and Clinical Characteristics of the Subjects

	IF (n=67)	HF (n=59)	p value
Age (years)	24.07 – 5.96	33.00 – 5.48	<i>p</i> =0.052
-Primary IF	24.99 – 5.46 (n=32)	-	
-Secondary IF	23.84 – 5.79 (n=35)	-	<i>p</i> =0.689
Education (years)	1.41 – 2.11	1.19 – 1.74	<i>p</i> =0.785
BMI	26.85 – 2.27	29.16 – 2.23	<i>p</i> =0.728
Marriage Style			<i>p</i> <0.001*
-Official	42 (63%)	54 (91%)	
-Religious Imam	25 (37%)	5 (9%)	
Smoking Status			<i>p</i> <0.001*
-Smoker	7 (10%)	23 (39%)	
-Non Smoker	60 (90%)	36 (61%)	
Male Child Bearing			
-Male Child		46 (78%)	
-No Male Child	Not Applicable	13 (22%)	
FSH (IU/L)	3.44 – 1.3	4.96 – 2.75	<i>p</i> =0.161
LH (IU/L)	3.73 – 1.4	5.54 – 1.67	<i>p</i> =0.059
E2 (IU/L)	71.82 – 33.23	93.55 – 72.51	<i>p</i> =0.125
TSH (IU/L)	3.15 – 2.05	2.81 – 1.46	<i>p</i> =0.153
PRL (g/L)	21.3 – 19.02	34.02 – 14.2	<i>p</i> =0.053

*Significant values were flagged.

Units: IU/L; g/L

Note: IF: Infertility; HF: High Fertility; BMI: Body Mass Index; FSH: Follicle Stimulating Hormone; LH: Luteinizing Hormone; E2: Estradiol; TSH: Thyroid-Stimulating Hormone; PRL: Prolactin

p<0.001). There was no significant difference in terms of age, education status, BMI, and hormone levels (FSH, LH, E2, TSH, PRL).

HF had significantly higher BIS scores than IF ($F=37.8$, $p<0.001$). There was not a significant difference between subscores of BIS 5, 6, 17, 19, 25 and 29 (hair distribution, nose, profile, digestive system, shape of teeth and sensations) of two groups ($p>0.05$). Energy levels and defecation habit scores (BIS 8 and 11) were significantly higher in IF ($t=4.91$, $p<0.001$ and $t=4.35$, $p<0.001$ respectively). All other subscores were significantly higher in HF including sexual power (BIS 30). There was not a significant difference of total scores between primary and secondary infertile groups ($p>0.05$). There was not a significant difference of total scores between the HF groups having son/s or no son, either ($p>0.05$). There was not a correlation between the number of children and BIS total scores in HF ($p>0.05$).

DISCUSSION

Our first finding is high religious marriage style rate in IF. Since there were no previous data we could not make comparisons. However, it is very common that at the beginning, a religious marriage

is made, then after a child is born; official marriage is established in eastern part of Turkey. It appears to be “a deal” when the woman gives birth then she gains her official and legal rights. Therefore, when infertile women did not give birth it is possible that official marriage is not made. The marriage still goes on with almost no legal rights from woman’s aspect (14, 24). Thus, our finding may reflect the general view to the woman in underdeveloped eastern part of Turkey: The woman should give a birth to be an official wife (24). Our second finding is lower smoking rates in IF. Smoking rate is even lower than normal population. This might be due to known effects of nicotine in infertility, and IF women might avoid smoking in order to have child (25).

Our third and major finding is higher BIS scores in HF when compared to IF. Infertility has shown to be associated with poor body image before, and the impact was more severe in Middle Eastern type of cultures such as Turkish immigrants (7,8,26). On the other hand, having a child may be avoided in western culture, due to deformity forming consequences of pregnancy (27). Cultural models are known to influence fertility decisions (28). In eastern part of Turkey, where the study was participated having many children is appreciated like in

other patriarchal cultures (29). Thus, many children bearing women gain respect from the society. The influence may affect the body image perception of highly fertile individuals positively but the infertile women negatively. In addition, there was not any difference of BIS score between the primary infertile women and secondary infertile women. This may be related with the stigma of infertility. Thus, regardless of the cause being infertile women may affect the body image. Although the BMI of HF women is higher than that of IFs, HF women are more likely to have body image satisfaction with themselves than IF.

Our fourth finding is significantly higher subscores of 32 items in BIS in HF group. Especially, items related with sexuality (BIS 30 and 35) are higher in HF than IF. This may be related to the general perception that sexuality means reproduction (30). Highly fertile women also find themselves healthier and fit than infertile women which can be moreover attributed to the general view to women in our society. On the other hand, there were no differences in hair distribution, nose, and shape of teeth that represent more "objective" appearance. HF group rated lower score in energy and defecation habits that is pretty consistent with their current situation. After many births, they may have lost their biological energy and may have faced defecation problems.

Our fifth finding is no difference of BIS scores between women having son/s or not. In Sanliurfa, like in other Middle Eastern communities, sons are preferred over girls (29). Women having no sons appear to have a feeling of deficit. However, this does not appear to impact the body image of mothers of only daughters, which we expected vice versa. This may be due to the belief that having either son or daughter is allotted one by God. On the other hand, infertility is believed to deal more with biological correlates. It is more likely for people to attribute several physical parameters to infertility.

Our last finding is no correlation between number of children and BIS scores. This may be related with general view of high fertility. In general, 5 or more children bearing women are believed to be highly fertile and the increasing number may not

make sense after 5 (20). Therefore, categorical classification, that is for a woman to enter the highly fertile group regardless of the number appear to be important in gaining positive body image.

In a study, body image was their fifth most common concern when seeking gynaecological care from their family practitioner (30). However, minimal research has addressed this issue, and information on body image is largely absent from the main gynaecology training texts (19). Therefore, body image should be a major topic for gynaecologists as well.

Small sample sizes and lack of a control group are limitations of our study. The lack of detailed evaluation of the participants in terms of various psychopathologies with structured or semi-structured interview is one of the limitations of the study. On the other hand, this is the first study comparing highly fertile women's and infertile women's body image in an eastern society.

CONCLUSION

The results of this study both show the emotional stress of body image in the infertile group and the emotional satisfaction of body image in the highly fertile group. Contrary to our expectations, having son or not did not affect the body image in our study group. More studies should be conducted especially comparing western and eastern societies in order to gather more data.

Correspondence address: M.D. Mehmet Hamdi Orum
Department of Psychiatry, Adiyaman University Faculty of
Medicine, Adiyaman, Turkey mhorum@hotmail.com

REFERENCES

1. Cook EP. Characteristics of the biopsychosocial crisis of infertility. *J Couns Dev* 1987; 65(9):465-470.
2. Burns LH. Psychiatric aspects of infertility and infertility treatments. *Psychiatr Clin North Am* 2007; 30(4):689-716.
3. Zivaridelavar M, Kazemi A, Kheirabadi GR. The effects of assisted reproduction treatment on mental health in fertile women. *J Educ Health Promot* 2016; 5:9.
4. Herz EK. Infertility and bioethical issues of the new reproductive technologies. *Psychiatr Clin North Am* 1989; 12(1):117-131.
5. Sandelowski MJ. Failures of volition: female agency and infertility in historical perspective. *Signs* 1990; 15(3):475-499.
6. Fido A, Zahid MA. Coping with infertility among Kuwaiti women: cultural perspectives. *Int J Soc Psychiatry* 2004; 50(4):294-300.
7. Van Rooij FB, Van Balen F, Hermanns JM. Emotional distress and infertility: Turkish migrant couples compared to Dutch couples and couples in Western Turkey. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2007; 28(2):87-95.
8. Keyes WR, Jr. Psychosexual responses to infertility. *Clin Obstet Gynecol* 1984; 27(3):760-766.
9. Kraft AD, Palombo J, Mitchell D, Dean C, Meyers S, Schmidt AW. The psychological dimensions of infertility. *Am J Orthopsychiatry* 1980; 50(4):618-628.
10. Hurd JP. Continuing high fertility in a culturally-embedded Mennonite farming society. *Ann Hum Biol* 2011; 38(1):69-75.
11. SSI. The 2000 Census (Provincial): Social and Economic Characteristics of the Population. Ankara: SSI Press; 2002.
12. Jejeebhoy SJ. Convergence and divergence in spouses' perspectives on women's autonomy in rural India. *Stud Family Plann* 2002; 33(4):299-308.
13. Kravdal Ø. Education and fertility in sub-Saharan Africa: individual and community effects. *Demography* 2002; 39(2):233-250.
14. Yucesahin MM, Ozgur EM. Regional fertility differences in Turkey: persistent high fertility in the southeast. *Population, Space and Place* 2008; 14(2):135-158.
15. Kaufmann E, Skirbekk V. 'Go Forth and Multiply': the Politics of Religious Demography. In: Goldstone JA, Kaufman E, Duffy Toft M, (eds.) *Political demography: how population changes are reshaping international security and national politics*. New York, U.S.: Oxford University Press (US); 2012, p 194-212.
16. Arokiasamy P. Gender preference, contraceptive use and fertility in India: Regional and development influences. *Int J Popul Geogr* 2002; 8(1):49-67.
17. Smits J, Gunduz-Hosgor A. Linguistic capital: Language as a socio-economic resource among Kurdish and Arabic women in Turkey. *Ethn Racial Stud* 2003; 26(5):829-853.
18. Schilder P. The image and appearance of the human body: Studies in the constructive energies of the psyche: *Intl Universities Pr Inc*; 1950.
19. Pruzinsky T CT. *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. New York, London: The Guilford Press; 2002.
20. Ozkan M, Baysal B. Emotional distress of infertile women in Turkey. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2006; 33(1):44-46.
21. Schmidt L. Infertile couples' assessment of infertility treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998; 77(6):649-653.
22. Secord PF, Jourard SM. The appraisal of body-cathexis: body-cathexis and the self. *J Consult Psychol* 1953; 17(5):343-347.
23. Hovardaoglu S. Body Perception Scale. *Journal of Psychiatry, Psychology and Psychoinformatics* 1993; 1:26-27.
24. Civelek Y, Koç I. Religious marriage in Turkey. *Sosyolojik Araştırmalar E-Dergisi*. Ankara: Hacettepe University; 2007. [Available from: http://www.sdergi.hacettepe.edu.tr/makaleler/Yaprak_Civelek_Ismet_Koc-4-2007.pdf].
25. Augood C, Duckitt K, Templeton A. Smoking and female infertility: a systematic review and meta-analysis. *Human Reprod* 1998; 13(6):1532-1539.
26. Oddens BJ, Den Tonkelaar I, Nieuwenhuys H. Psychosocial experiences in women facing fertility problems: A comparative survey. *Human Reproduction* 1999; 14(1):255-261.
27. Sosnowski P. How staying childless affects a woman's body 2009 [cited 2011; Available from: <http://www.helium.com/items/1538970-how-staying-childless-affects-a-womans-body?page=1>].
28. Handwerker WP. The first demographic transition: An analysis of subsistence choices and reproductive consequences. *Am Anthropol* 1983; 85(1):5-27.
29. Doja A. Fertility Trends, Marriage Patterns, and Savant Typologies in Albanian Context. *J Fam Hist* 2010; 35(4):346-367.
30. Inhorn MC, van Balen F. *Infertility Around the Globe : New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*. University of California Press: 2002, p 101-118.

Hastaneye yatış gerekliliğini yordamada özkıyım riskini değerlendirme araçlarının etkililiği

The effectiveness of suicide risk assessment tools in predicting the need for hospitalization

İlker Güneysu¹, Sedat Batmaz², Esmâ Akpınar Aslan³, Emrah Songur⁴, Serhat Koyuncu⁵

¹Araş.Gör., Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Tokat <https://orcid.org/0000-0003-4777-4524>

²Doç.Dr., Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Tokat <https://orcid.org/0000-0003-0585-2184>

³Dr. Öğr. Üyesi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Tokat <https://orcid.org/0000-0003-4714-6894>

⁴Uzm.Dr., SBÜ, Ankara Keçiören EAH, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara <https://orcid.org/0000-0003-4949-0154>

⁵Dr. Öğr. Üyesi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD, Tokat <https://orcid.org/0000-0002-0929-8590>

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada birinci basamak sağlık hizmetlerinde acil servise özkıyım girişimi sonrasında başvuran erişkinlerin bazı özkıyım riskini değerlendirme araçları ile değerlendirilmesinden sonra hastaneye yatış gerekliliği olduğu düşünülenlerin bu araçlarla saptanmasının etkililiği araştırılmıştır. **Yöntem:** Çalışmaya 60 katılımcı alındı. Psikiyatri uzmanının özkıyım riskini değerlendirerek yatış gerekliliğine karar vermesinin altın standart olduğu değerlendirme ile kullanılan araçlardan (Modifiye "SAD PERSONS" Ölçeği, California Özkıyım Riskisi Tahmin Etme Aracı, İntihar Riskini Değerlendirme Aracı) elde edilen puanlar arasındaki tutarlılık işlem karakteristik eğrileri (ROC) ile incelendi. Her bir araç için hastaneye yatış gerekliliğini en iyi yordayan kesme puanları, duyarlılık ve özgüllükleri hesaplandı. Kesme puanları ve klinik görüşmeye dayalı olarak hastaneye yatışı gereken ve gerekmeden katılımcıların ayırt edilip edilemediğine bağımsız gruplar t testi ile bakıldı. Klinik görüşme ve değerlendirme araçları arasındaki ilişki Pearson korrelasyon analizleri ile incelendi. **Bulgular:** Değerlendirme araçlarının yatış gerekliliğini saptamadaki duyarlılıkları %44.4-72.2 arasında, özgüllükleri ise %81.0-95.2 arasında değişiyordu. Çizilen ROC'ların birbirlerinden farklı olup olmadığını anlamak için yapılan ikili karşılaştırmalarda bir fark saptanmadı. Değerlendirme araçları kesme puanları esas alındığında yatış gerektiren hastaları ayırt edebildi. **Sonuç:** Özkıyım girişimi sonrası acil servise başvuran erişkinler için uzmanın yaptığı klinik risk değerlendirmesinin yerini tutmasa da acil servis çalışanlarının olguları daha net şekilde değerlendirebilmeleri için kimi değerlendirme araçlarına başvurması yardımcı olabilir.

Anahtar Sözcükler: Hastaneye yatış, özkıyım, risk değerlendirme

(*Klinik Psikiyatri* 2019;22:193-205)

DOI: 10.5505/kpd.2019.35693

SUMMARY

Objective: In this study, adults presenting to the emergency room after a suicide attempt were evaluated by means of some suicide risk assessment tools, and the effectiveness of these tools in identifying those who needed to be hospitalized was investigated. **Method:** A total of 60 participants were included in the study. The clinical risk assessment of a psychiatrist was considered to be the gold standard for evaluation, and the consistency of the scores obtained by the tools used in the study (Modified "SAD PERSONS" Scale, California Suicide Risk Estimator, Suicide Risk Assessment Tool) were compared with this gold standard by receiver operating curves (ROC). For each tool, the optimal cut-off score, and its sensitivity and specificity at this value, which identified those who needed to be hospitalized were calculated. Independent samples' t test was used to demonstrate whether the clinical assessment and the cut-off scores of the tools were able to differentiate the groups who needed to be hospitalized or not. The relationship between the clinical assessment and the tools was investigated by Pearson correlation analyses. **Results:** The sensitivity of the assessment tools for the need for hospitalization ranged from 44.4% to 72.2%, and their specificity ranged from 81.0% to 95.2%. No differences were found between the ROCs of the assessment tools when they were compared with each other. The cut-off scores of the assessment tools managed to differentiate those who needed to be hospitalized. **Discussion:** Although the assessment tools may not replace the clinical risk assessment of a psychiatrist, some of them may be helpful for the emergency room healthcare staff in identifying the adults who need to be hospitalized after an attempted suicide.

Key Words: Hospitalization, risk assessment, suicide

GİRİŞ

Özkıym kişinin kendi yaşamına son vermek niyetiyle harekete geçtiği ve kendi başına bunu gerçekleştirdiği davranışa verilen isimdir. Bu şekilde yapılan ancak başarısız olunan eylemlere özkıym girişimi, içeriğinde özkıymın yer aldığı zihinsel uğraşlara ise özkıym düşünceleri adı verilir (1). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre yıllık yaşa göre standardize edilmiş özkıym hızı yüz binde 11.4'tür (kadınlarda 8, erkeklerde 15) (2). DSÖ'nün Türkiye'ye dair 2012 yılı verilerine göre ise yaşa göre standardize edilmiş özkıym hızları kadınlar için yüz binde 4.2, erkekler için 11.8'dir (2). Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre Türk toplumunda en yüksek özkıym hızları kadınlarda 15-19, erkeklerde ise 20-24 yaş aralığındadır. En sık kullanılan özkıym yöntemleri ise asi (%47.2), ateşli silahlar (%26.9) ve yüksekten atlama (%12.9) olarak bildirilmiştir (3).

Klinisyenler tarafından özkıym riski temel olarak iki şekilde değerlendirilebilir. Bunlardan ilki özkıym davranışı için klinik değerlendirme görüşmesine dayalıdır (4). Klinik değerlendirme görüşmeleri için Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) hazırladığı özkıym riskini değerlendirme kılavuzundan faydalanılabilir (5). Bu kılavuza göre özkıym riski değerlendirilirken kişinin özkıym ve kendine zarar vermeye ilgili düşünce, niyet, plan ve davranışları; özkıym girişiminde bulunurken başvurmayı düşündüğü yöntem ve kişinin bu yöntemin öldürücülüğüne dair beklentisi; kişide ümitsizlik, dürtüsellik, anhedoni, panik atakları ya da anksiyetenin var olup olmadığı; kişinin hayatta kalmak için nedenleri ve geleceğe dair planlarının neler olduğu; mevcut başvuruyla ilişkili olarak alkol ya da madde kullanımının olup olmadığı; başkalarına karşı saldırganlık içeren bir düşünce, niyet veya davranışın varlığı; majör depresif bozukluk ve karma özellikli duygudurum bozuklukları ön planda olmak üzere kişide şizofreni, madde kullanım bozukluğu, anksiyete bozukluğu veya özellikle sınırda ve antisosyal kişilik bozukluğu tanımlarını düşündürecek belirti ve bulguların varlığı; geçmişteki ruhsal bozukluk tanımları ve tedavi dönemleri; daha önceden özkıym girişiminde bulunulup bulunulmadığı; mevcut ve geçmişte var olan bedensel rahatsızlıklar; ailesinde özkıym, özkıym girişimi veya ruhsal bozukluk varlığı; akut

ve kronikleşmiş psikososyal kriz durumları (gerçek veya o şekilde algılanan kişilerarası kayıplar, ekonomik zorluklar, ailevi sorunlar, aile içi şiddet, cinsel ve fiziksel istismar ya da ihmal, vb.); çalışma durumu ve yaşam koşulları; sosyal destek düzeyi ve aile üyeleriyle ilişkilerin niteliği; ölüm ve özkıyma dair dinsel ya da kültürel bakış açısı; baş etme becerileri; kişilik özellikleri; gerçeği değerlendirme kapasitesi ve ruhsal sıkıntıya dayanabilme gibi alanların detaylıca sorgulanması önerilmektedir (5). Klinisyenin bu alanları kapsayan değerlendirmesi, yüksek özkıym riski bulunan kişilerin tespit edilmesi için altın standart kabul edilmektedir (6). Özellikle özkıym düşünce, niyet, plan ve girişimlerinin varlığı ve bunların yüksek ölümcüllük ihtimali içermesi; majör depresif bozukluk, bipolar bozukluk, şizofreni, anoreksiya nevroza, alkol ve madde kullanım bozuklukları, B kümesi kişilik bozuklukları gibi ruhsal bozukluk tanımlarının varlığı; santral sinir sistemi hastalıkları (multipl skleroz, Huntington Hastalığı, beyin ve spinal kord hasarı, epilepsi, vb.), malign tümörler, HIV / AIDS, peptik ülser, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, hemodiyaliz gerektiren kronik böbrek yetmezliği, sistemik lupus eritematozis, kronik ağrılı sendromlar ve işlevsellik kaybına yol açan rahatsızlıklar gibi bedensel hastalıklar; sosyal desteğin zayıflığı, işsizlik, sosyoekonomik koşullarda bozulma, aile üyeleriyle sorunlu ilişkiler, aile içi şiddet, yakın dönemde yaşanmış stresli yaşam olayları gibi psikososyal durumlar; çocukluk dönemine ait fiziksel ve cinsel istismar; ailede özkıym, özkıym girişimi veya ruhsal bozukluk varlığı; ümitsizlik, ruhsal acı, şiddetli ve düzelmeyen anksiyete, panik atakları, utanç ve aşağılanma, özsaygıda kayıp, aşırı düzeyde bir narsistik zedelenme, dürtüsellik, başkalarına karşı saldırganlık, ajitasyon gibi psikolojik etmenler; yürütücü işlevlerde kayıp, tünel bakış açısının gelişmesi, aşırı uçlarda düşünme, düşüncede esneklik kaybı gibi bilişsel özellikler; erkek cinsiyet, boşanma, ayrılık veya yalnız yaşama; yaşlı ve ergen – genç erişkin yaş grubu, beyaz ırk, eşcinsel veya biseksüel cinsel yönelim gibi demografik özellikler; ateşli silahlara erişebilme, madde entoksikasyonu altında olma ve dengesiz veya zayıf bir terapötik işbirliği gibi ek bazı etmenler yineleyici şekilde yüksek özkıym riski ile ilişkilendirilmiştir (5,7).

Özkıym riskini değerlendirmek için

başvurulabilecek ikinci seçenek bu amaçla geliştirilmiş araçlardan faydalanmaktır (4). Bu araçlarla yapılan değerlendirmeler kişileri standartize edilmiş bir şekilde sorgulama olanağı sunar. Ayrıca kişilerin yüz yüze görüşmede ifade edemeyeceği kimi bilgilerin ortaya konulmasını da sağlayabilir. Nitekim klinik değerlendirme görüşmesiyle bu araçlar aracılığıyla yapılan sorgulamaların benzer etkinliğe sahip olduğu bildirilmiştir (8). Yine de özkıyım davranışlarını yordamak için kullanılan yöntemlerin başarısının sadece %50 düzeyinde kaldığı unutulmamalıdır (7). Özkıyım riskini değerlendirmek için kullanılacak çok sayıda ölçek ve araç mevcuttur. Bu ölçek ve araçlar arasında İntihar Olasılığı Ölçeği (9-10), İntihar Niyeti Ölçeği (11-12), İntihar Düşüncesi Ölçeği (13-14), İntihar Davranışları Ölçeği (15-16), İntihar Bilişleri Ölçeği (17-18), Beck Umutsuzluk Ölçeği (19-21), Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri (22-23), “IS PATH WARM” Akrostişi (24), “SAD PERSONS” Ölçeği ve Modifiye “SAD PERSONS” Ölçeği (MSPÖ) (25-26), California Özkıyım Riskini Tahmin Etme Aracı (27) ve İntihar Riskini Değerlendirme Aracı (28) sayılabilir. Bu ölçek ve araçların her biri özkıyım riskini farklı boyutlarıyla ele almaya yardımcı olmaktadır. Örneğin İntihar Olasılığı Ölçeği’nde özkıyım düşünceleri, umutsuzluk, geleceğe olumlu bakış açısı, kişiler arası ilişkiler, saldırganlık, dürtüsellik; İntihar Bilişleri Ölçeği’nde özkıyım ile ilişkili olabilecek sevilme, sıkıntıya dayanamama (dayanıksızlık) ve sorunların çözülemeliği (çaresizlik) ile ilişkili biliş ve inanışlar; Beck Umutsuzluk Ölçeği’nde gelecekle ilgili olumsuz beklenti ve duygular, motivasyon kaybı ve karamsarlık gibi özkıyım ile ilişkili risk etmeleri araştırılırken Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri’nde ise daha ziyade sıkıntılardan kurtulma ve sorunlarla baş edebilme, aileye karşı sorumluluklar, çocuklara dair endişeler, özkıyımdan korkma, ahlâki değerler ve toplumsal olarak dışlanma gibi özkıyımdan koruyucu etmenler sorgulanmaktadır. Öte yandan “IS PATH WARM” veya “SAD PERSONS” gibi kimi akrostişler de geleneksel olarak tanımlanan psikometrik derecelendirme ölçeklerinden farklı olarak klinisyenlerin özkıyım riskini doğrudan değerlendirebilmeleri için gerekli etmenleri sorgulamalarını hatırlamalarına yardımcı olacak kısaltmalardan oluşturulmuş araçlardır. Örneğin “IS PATH WARM” Akrostişi,

klinisyenlerin özkıyım düşüncesi, madde kötüye kullanımı, hayatta bir amacının kalmadığını hissetme, öfke, tuzağa düşmüş olma duygusu (çaresizlik), umutsuzluk, içe kapanma (toplumdan geri çekilme), anksiyete, dürtüsellik (düşüncesizce hareket etme), duygudurumda değişkenlik gibi belirtilerden hareketle özkıyım için kısa vadede etkili olabilecek kimi uyarıcı işaretlerin sorgulanmasında kullanılabilir.

İster klinik değerlendirme görüşmesiyle, isterse değerlendirme ölçek ve araçlarıyla yapılmış olsun, hastanın olası intihar riski değerlendirildikten sonra hastayı hastaneye yatırıp yatırmamak konusunda klinik kanaat oldukça önemlidir. Bu doğrultuda özkıyım davranışı sonrası yatış gerekliliğini değerlendirirken APA’nın önerileri faydalı olabilir (5). Bu önerilere göre eğer özkıyım girişimi veya araya girilmiş özkıyım girişimi sırasında hasta psikotikse, girişimi şiddet içeriyorsa, ölümcüllüğü yüksekse veya önceden planlanmışsa, kurtarılmamak veya bulunmamak amacıyla önlemler alınmışsa, ısrarlı şekilde özkıyım planı veya niyeti sürdürülüyorsa, girişim sonrası sıkıntı hissi artmışsa veya hayatta kalmış olma nedeniyle pişmanlık duyuyorsa, özkıyım düşünceleri yeni ortaya çıkan erkek ve 45 yaş üstü olguysa, ailevi veya sosyal desteği zayıfsa, mevcut değerlendirme anında dürtüsellik, ciddi ajitasyon, yargılama bozukluğu veya yardımı reddetme görülüyorsa, ruhsal durumda değişikliğe yol açmış metabolik, toksik, enfeksiyöz veya başka bir nedenle daha detaylı araştırma gerektiriyorsa ve özkıyım düşüncelerine ilaveten yüksek ölümcüllüğe sahip belirli bir plan ve yüksek özkıyım niyeti varlığında hastaneye yatış sıklıkla endikedir. Ayrıca hastada özkıyım düşüncesine ek olarak psikoz, ciddi ruhsal bozukluk ve geçmişte ciddi bir tıbbî girişim gerektirmiş özkıyım girişimi öyküsü varsa, akut nörolojik hastalık, kanser, enfeksiyon gibi bir sistemik hastalık mevcutsa, ayaktan tedaviye uyumu zayıfsa ya da tedaviye yanıt alınmıyorsa, yatırılarak tedavi düzenlenmesi gerekliliği varsa ya da elektrokonvülfiz tedavi düşünülüyorsa, hasta hekim ilişkisi kurulamamışsa, tedaviye erişim imkânı kısıtlıysa, sosyal destek zayıfsa da hastaneye yatış gerekebilir. Özkıyım girişimi olmamışsa veya özkıyım düşüncesi, niyeti, planı dile getirilmiyorsa dahi psikiyatrik değerlendirmeden elde edilen bulgular ve/veya diğerlerinden alınan öyküye

dayanılarak yüksek özkıyım riski ya da riskte yakın tarihli bir artış fark ediliyorsa da hastaneye yatış gerekebilir. Öte yandan eğer özkıyım davranışı tetikleyici bir olayın ardından (sınav başarısızlığı, kişiler arası ilişkide bozulma) meydana geliyorsa, intihar girişimi veya niyeti düşük ölüm riski taşıyorsa, düzenli ve destekleyici yaşam koşulları varsa, hasta - hekim ilişkisi kuvvetliyse ve tedaviye uyumu yüksekse ayaktan izlem önerileriyle hasta acil servisten taburcu edilebilir. Aynı kılavuzda hastanın ayaktan devam etmekte olan bir psikiyatrik tedavisi ve güvende olabileceği bir yaşam ortamının varlığında daha öncesinde tıbbî açıdan ciddi sayılabilecek özkıyım girişimleri olmadan kronik nitelikte özkıyım düşünceleri ya da kendine zarar verme davranışları oluyorsa, bu kişileri ayaktan izlemenin hastaneye yatıştan daha yararlı olabileceği de ifade edilmektedir (5).

Yukarıda bahsi geçen değerlendirme araçlarıyla yapılmış çok sayıda araştırma mevcuttur. Bu araştırmaların sonuçlarından bazıları şu şekilde özetlenebilir: MSPÖ'nün özkıyım riskini değerlendirmede, optimal tedavi yaklaşımını sunmada ve uzun süreli takip sayesinde özkıyım riskini düşürmede bir yardımcı araç olarak kullanılmasına dair acil servis çalışanlarına verilen eğitimlerin hem etkili, hem de maliyet-etkin olduğu gösterilmiştir (29). Benzer şekilde tıp fakültesi öğrencilerine özkıyım ile ilişkili risk faktörlerini öğretmede "SAD PERSONS" Ölçeği'nin kullanışlı olabileceği bildirilmiştir (25). Ancak, yakın tarihli bir sistematik gözden geçirme makalesinde "SAD PERSONS" Ölçeği ve MSPÖ ile yapılan çalışmalarda, acil servise başvuran erişkin hastalarda sonraki dönemde bir özkıyım girişimini tahmin edebilmek için duyarlılığın çok düşük olduğu (%15-%29) tespit edilmiştir (30). Ayrıca gene aynı ölçeklerle yapılmış bir başka çalışmada da erişkinler için tamamlanmış özkıyım öngörmede kullanılmalarının uygun olmadığı yorumu yapılmıştır (31). Bir başka gözden geçirme makalesi de sonuç olarak "SAD PERSONS" Ölçeği'nin klinikte özkıyım ya da hastaneye yatış gereksinimini yordama amacıyla kullanılmamasını önermektedir (32-33). Öte yandan, her ne kadar karşıt görüşler olsa da (34), MSPÖ ile yapılan çalışmaların özellikle hastaneye yatış gerektiren hastaları saptamak için klinisyene yol gösterebileceğini düşündürmektedir (26,32,35).

Yine de yatışı öngördüren bu ölçeklerle olan sorunun kullanılan kesme puanlarıyla değişmekle birlikte sıklıkla oldukça düşük olan özgüllükleri (%63-%90) olduğunu unutmamak gerekir (36). Ayrıca örneğin "SAD PERSONS" Ölçeği'nin klinik izlenimlerle kıyaslandığı bir çalışmada ölçek skorlarının özellikle hastanede uzamış yatışı gerektiren hasta grubunu saptamada daha başarılı olduğu da gösterilmiştir (37). Bu nedenle, sonraki bir özkıyım girişimi riskini ya da girişim sonrası hastaneye yatış gerekliliğini değerlendirmede ne klinik görüşmenin, ne de değerlendirme araçlarının tek başına yeterli olduğunu söylemek mümkün değildir.

Özkıyım öncesindeki bir yıl içinde hastaların büyük bir kısmı birinci basamak sağlık kuruluşuna, yaklaşık %2'si ise bir ay öncesinde bir ruh sağlığı merkezine başvurmaktadır (38). Birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan değerlendirmelerde başvuranların sadece küçük bir kısmında özkıyım riskinin varlığı saptanmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hasta popülasyonunun genişliği düşünüldüğünde özkıyım açısından riskli hasta popülasyonunu belirlemekte yaşanılacak bu zorluk kaçınılmazdır (39). Özkıyım riskinin belirlenmesi birinci basamak sağlık kuruluşlarında genelde klinik tecrübeye dayanmaktadır (40). Bu durum klinik değerlendirmedeki kişisel farklılıkları beraberinde getirmektedir (41). Ayrıca özkıyım riskini değerlendirmede kolaylık sağlayan, oluşabilecek değerlendirme farklılıklarını en aza indirerek standart değerlendirme imkânı sunan ölçeklerdeki farklılıklar da değerlendiricinin işini zorlaştırmaktadır. Bu nedenle mevcut çalışma ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde risk değerlendirmesindeki zorluklar ve farklılıklar göz önüne alınarak acil servise özkıyım girişimi sonrasında başvuran kişilerin MSPÖ (32), İntihar Riskini Değerlendirme Aracı (İRDA) (28) ve California Özkıyım Riskini Tahmin Etme Aracı (CÖRTEA) (27) gibi uygulanması görece kolay olan değerlendirme araçları ile değerlendirilmesi ve hastaneye yatış gerekliliği olan hastaların saptanmasında bu araçların ne düzeyde yararlı olabileceğinin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmamızın varsayımı, ruh sağlığı uzmanının klinik risk değerlendirmesinin değerlendirme araçlarından daha başarılı şekilde yatış gerekliliğini saptayabileceği, ancak değerlendirme araçlarının

da özellikle yüksek riskli hasta gruplarında yatış için fikir vereceğidir.

YÖNTEM

Katılımcılar

Bu çalışmada Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Servisine 1 Kasım 2014-31 Ekim 2016 tarihleri arasında özkıyım girişimi sonrası kendileri başvuran veya yakınları ve/veya sağlık ekiplerince getirilen ve acil servisteki tedavi ekibi tarafından ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğine danışılan 60 katılımcıya ait veriler değerlendirilmiştir. Değerlendirilen katılımcıların yaş ortalaması 27.62 (standart sapma = 9.46, yaş aralığı = 19-53) yılıdır. Katılımcıların 47'sini (%78.3) kadınlar oluşturuyordu. Katılımcılardan 20'si (%33.3) evliydi ve 37'si (%61.7) ise il merkezinde yaşamaktaydı. Hastanenin çalışma ilkeleri gereği acil servise özkıyım girişimi ile başvuran tüm hastalar gerekli acil müdahale tamamlandıktan sonra ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğine danışıldığından bahsedilen zaman aralığında özkıyım girişiminde bulunmuş tüm katılımcıların verileri çalışmaya dahil edilebilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Modifiye "SAD PERSONS" Ölçeği (MSPÖ) (25-26): Bu değerlendirme aracı "SAD PERSONS" akrostişindeki 10 maddeden oluşur. MSPÖ'deki depresyon veya umutsuzluk, gerçeği değerlendirme yetisinde bozukluk, organize veya ciddi özkıyım girişimi, ileride özkıyım niyeti maddelerine verilen olumlu yanıtlar 2 puan, diğer maddelere (erkek cinsiyet, < 19 veya > 45 yaş, önceden özkıyım girişimi veya psikiyatrik tedavi öyküsünün varlığı, fazla miktarda alkol veya madde kullanımı, bağımlılık veya yakın dönemde kullanım sıklığında artma, ayrılmış, boşanmış veya dul olma, sosyal desteğin yokluğu) verilen olumlu yanıtlar ise 1 puana karşılık gelmektedir. MSPÖ'den 6 ve üstü bir puan almak orta düzeyde risk olarak değerlendirilmektedir. Bu araç araştırmacılar tarafından Türkçe'ye çevrilerek kullanılmıştır.

California Özkıyım Riskini Tahmin Etme Aracı (CÖRTEA) (27): CÖRTEA kişilerin demografik ve klinik özelliklerini sorgulayan 15 maddeden (yaş, meslek, cinsel yönelim, ekonomik durum, ciddi maddi kayıp riski, bireysel stresörler (yas, adli kovuşturma riski, evlilik dışı gebelik, madde bağımlılığı, sağlık sorunları gibi), mevcut stresli durum süresince kilo değişimi, perseküsyon veya referans sanrıları, mevcut durumdaki özkıyım dürtülerinin ciddiyeti, özkıyım girişiminde bulunulmuşsa ölme niyetinin ciddiyeti, toplam uyku süresi, daha önce psikiyatrideki yatış sayısı, daha önce yardım alıp almadığı ve almışsa faydalanma düzeyi, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü, görüşmecinin hastaya dair izlenimi) oluşmaktadır. Her bir soru için verilen yanıtlara göre alınabilecek farklı puanlar söz konusudur. CÖRTEA ile yapılmış önceki çalışmalarda alınan puanlara göre sonraki 2 yıl içerisinde bir özkıyım girişiminde bulunma riskinin tahmin edilebileceği öne sürülmüştür (42). Bu araçtan 345 ve üzeri puan almak orta düzeyde özkıyım girişimi riskine işaret etmektedir. CÖRTEA da araştırmacılar tarafından Türkçe'ye çevrilerek kullanılmıştır.

İntihar Riskini Değerlendirme Aracı (İRDA) (28): Bu değerlendirme aracının geliştirildiği ilk versiyonda bireysel risk profili (demografik özellikler, aile öyküsü, mevcut durumda veya geçmişteki psikiyatrik tanı, tıbbî hastalıklar, zayıf sosyal destek, ailevi problemler, zayıf stres toleransı, daha önceki intihar davranışı, mevcut durumda veya geçmişteki istismar, intihara maruz kalma), belirti risk profili (depresyon veya disfori, umutsuzluk, şiddetli anhedoni, yoğun duygular, içe kapanma, şiddetli kendini kınama veya değersizlik düşünceleri, muhakemede bozulma, zayıf özdenetim, psikoz varlığı, problemler, alkol veya madde kullanımı) ve görüşme risk profili (intihar düşüncesi, intihar niyeti, intihar planı, intihara gizli meyil, daha önceki intihar girişimleri, ölümcül araçlara ulaşım, yakın zamanda alkol veya madde kullanımı veya intoksikasyonu, çözülemeyecek problemler, tolere edilemeyen durumlar) adı verilen farklı bölümler yer almaktadır. Bu versiyonda her bir bölüm için farklı bir ağırlıkta puanlama yapılması önerilmektedir (43). Ancak sonradan geliştirilen versiyonda risk tamponu (yaşama sebebi, risk yönetimi için iç güçler, risk yönetimi için dış güçler) adı verilen bir bölüm daha eklenerek toplam bölüm sayısı dörde çıkarılmıştır. Bu versiyon-

yon için standart bir değerlendirme mevcut değildir. Aracın son kısmında yapılan görüşmeden elde edilen verilerden yola çıkarak özkıym için riskin düşük, orta veya yüksek olarak değerlendirilmesi için bir kısım mevcuttur. Bu çalışma kapsamında araştırmacılar ilk üç bölümdeki olumlu yanıtları, son bölümdeki olumsuz yanıtları 1 puan ile değerlendirmeye karar vererek analizleri bu doğrultuda gerçekleştirmişlerdir. Çalışmada kullanılan versiyonu araştırmacılar Türkçe'ye çevirmişlerdir.

İşlem

Katılımcılara ait veriler elektronik ortamdaki hasta kayıtları ve hasta dosyalarındaki veriler geriye dönük olarak elde edilmiştir. Bu kayıtlardan katılımcıların demografik verileri, acil servisteki muayene notları ve genel tıbbî durumlarına dair bilgiler ve ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğinin konsültasyon notu elde edilmiştir. Ayrıca ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğinin özkıym girişiminde bulunmuş hastalarla standart bir görüşme yapmayı sağlayan hasta dosyalarındaki verilerden de faydalanılmıştır. Klinik görüşme için kullanılan bu dosyalar Amerikan Psikiyatri Birliği'nin özkıym riskini değerlendirmek için önerdiği kılavuz temel alınarak hazırlanmıştır (5). Bu verilerle çalışmada kullanılan değerlendirme araçları doldurulmuştur. Eğer değerlendirme araçlarının doldurulmasında %10'dan fazla eksik veri olursa bu katılımcıların çalışmadan dışlanması planlanmıştır; ancak bu nedenle dışlanması gereken katılımcı olmamıştır.

İstatistiksel İnceleme

Katılımcıların demografik verileri için tanımlayıcı istatistiklerden faydalanılmıştır. Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanının özkıym riskini değerlendirerek yatış gerekliliğine karar vermesi altın standart olarak kabul edilmiştir. Bu klinik değerlendirme ile kullanılan araçlardan elde edilen puanlar arasındaki tutarlılık işlem karakteristik eğrileri (ROC) ile incelenmiştir. Ayrıca değerlendirme araçlarının işlem karakteristik eğrileri arasında fark olup olmadığı araştırılmıştır. Her bir araç için hastaneye yatış gerekliliğini en iyi yordayan kesme puanları, duyarlılık ve özgüllükleri hesaplanmıştır. Ayrıca hesaplanan kesme puanları

dikkate alınarak ve klinik görüşmeye dayalı olarak hastaneye yatışı gereken ve gerekmeyen katılımcıların ayırt edilip edilemediğine bağımsız gruplar t testi ile bakılmıştır. Ortalama farklarının etki büyüklüğü (Cohen d) hesaplanmıştır. Klinik görüşme ve değerlendirme araçları arasındaki ilişki Pearson korrelasyon analizleri ile incelenmiştir. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir. Bütün istatistiksel incelemeler için MedCalc 17.2 paket programından faydalanılmıştır (MedCalc Software, Ostend, Belgium).

Etik Kurul Onayı

Çalışmanın yapılabilmesi için Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır.

BULGULAR

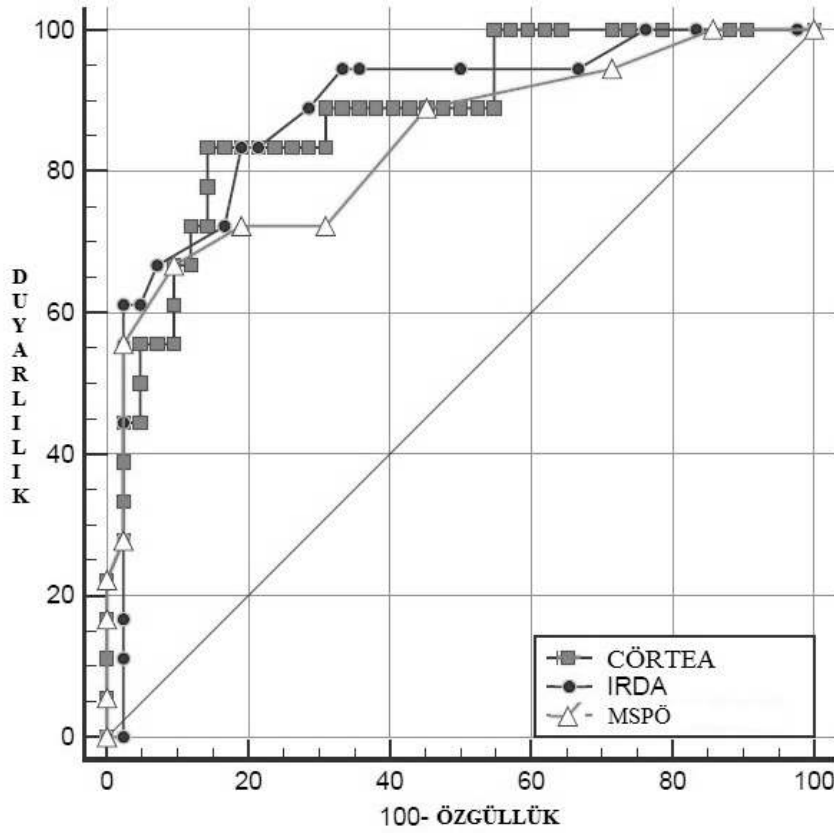
Değerlendirme Araçları ve Aralarındaki İlişki

Tüm katılımcıların değerlendirme araçlarından aldıkları ortalama (standart sapma) puanları MSPÖ için 3.73 (2.79), CÖRTEA için 169.38 (151.38) ve İRDA için 8.95 (5.60) idi.

Hastalardan 18'inin (%30) klinisyen değerlendirme görüşmesinin ardından yatışının gerekli olduğuna karar verilmişti. Yatış gerektiren hasta sayıları MSPÖ ile 16 (%26.7), CÖRTEA ile 10 (%16.7), İRDA ile 21 (%35) olarak saptandı.

Klinik görüşme ile tüm değerlendirme araçları arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde bir korelasyon mevcuttu (MSPÖ için $r=0.59$, CÖRTEA için $r=0.64$, İRDA için $r = 0.65$, tüm p değerleri < 0.001). Değerlendirme araçlarının kendi aralarındaki korelasyonlar ise pozitif yönlü ve büyük düzeydeydi (MSPÖ–CÖRTEA arasında $r=0.82$, MSPÖ–İRDA arasında $r = 0.84$, CÖRTEA –İRDA arasında $r=0.86$, tüm p değerleri < 0.001).

Şekil 1. Değerlendirme araçlarının işlem karakteristik eğrileri



Yatış Gerekliliğini Saptamada Değerlendirme Araçlarının Duyarlılık ve Özgüllükleri

Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanının yaptığı ve altın standart olarak kabul edilen klinik risk değerlendirme görüşmesinin ardından yatış gereken hastaların o esnada doldurdıkları MSPÖ, CÖRTEA ve İRDA'nın yatış gerekliliğini saptamadaki duyarlılık ve özgüllük değerlerine dair

ROC sonuçları Şekil 1'de ve Tablo 1'de sunulmuştur. Bu sonuçlara göre değerlendirme araçlarının yatış gerekliliğini saptamadaki duyarlılıkları %44.4-72.2 arasında, özgüllükleri ise %81.0-95.2 arasında değişiyordu. Değerlendirme araçlarının pozitif prediktif değerleri (PPD) %61.9-80.0, negatif prediktif değerleri (NPD) %80.0-87.2 aralığında, pozitif olabilirlik oranları (POO) ise 3.8-9.3 arasında saptandı.

Tablo 1. Yatış gerekliliğini saptamak için değerlendirme araçlarının duyarlılık, özgüllük, pozitif ve negatif prediktif değer ve pozitif olabilirlik oranlar

	Duyarlılık (%95 GA)	Özgüllük (%95 GA)	PPD (%95 GA)	NPD (%95 GA)	POO (%95 GA)
MSPÖ	66.7 (41.2-85.6)	90.5 (76.5-96.9)	75.0 (47.4-91.7)	86.4 (72.0-94.3)	7.0 (2.6-18.8)
CORTEA	44.4 (22.4-68.7)	95.2 (82.6-99.2)	80.0 (44.2-96.5)	80.0 (65.9-89.5)	9.3 (2.2-39.7)
İRDA	72.2 (46.4-89.3)	81.0 (65.4-90.9)	61.9 (38.7-81.0)	87.2 (71.8-95.2)	3.8 (1.9-7.5)

CORTEA: California Özkıyım Riskini Tahmin Etme Aracı, GA: Güven aralığı, İRDA: İntihar Riskini Değerlendirme Aracı, MSPÖ: Modifiye SAD PERSONS Ölçeği, NPD: Negatif Prediktif Değer, POO: Pozitif Olabilirlik Oran, PPD: Pozitif Prediktif Değer

Tablo 2. Değerlendirme araçları için eğri altındaki alan, kesme puanları ve bu puanlara karşılık gelen duyarlılık ve özgüllük değerleri

	EAA (%95 GA)	Kesme Puanı	Duyarlılık (%95 GA)	Özgüllük (%95 GA)
MSPO	0.839* (0.721-0.921)	> 5	66.7 (41.0-86.7)	90.5 (77.4-97.3)
CORTEA	0.879* (0.769-0.949)	> 225	83.3 (58.6-96.4)	85.7 (75.1-94.6)
İRDA	0.885* (0.776-0.953)	> 10	83.3 (58.6-96.4)	81.0 (65.9-91.4)

* $p < 0.001$, CORTEA: California Ozkiyim Riskini Tahmin Etme Aracı, EAA: Eğri altındaki alan, GA: Güven Aralığı; İRDA: İntihar Riskini Değerlendirme Aracı, MSPO: Modifiye SAD PERSONS Ölçeği

Çizilen işlem karakteristik eğrilerinin birbirlerinden farklı olup olmadığını anlamak için yapılan ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak herhangi bir fark saptanmadı (MSPÖ–CÖRTEA için $z=0.914$, $p=0.36$; MSPÖ–İRDA için $z=1.156$, $p=0.25$; CÖRTEA–İRDA için $z=0.195$, $p=0.85$).

Değerlendirme Araçları İçin Kesme Puanları

Altın standart görüşmeye kıyasla değerlendirme araçlarının yatış gerekliliğini saptamada en başarılı olan kesme puanları (MSPÖ için >5 , CÖRTEA için > 225 , İRDA için >10) ve bu puana karşılık gelen eğri altındaki alan, duyarlılık ve özgüllük değerleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Ayrıca duyarlılığın %100 olduğu kesme puanları MSPÖ için >0 [özgüllük %14.3 (5.4-28.5)], CÖRTEA için >59 [özgüllük %45.2 (29.8-61.3)] ve İRDA için >3 [özgüllük %23.8 (12.1-39.5)]; özgüllüğün %100 olduğu kesme puanları ise MSPÖ için >8 [duyarlılık %22.2 (6.4-47.6)], CÖRTEA için

>412 [duyarlılık %22.2 (6.4-47.6)] ve İRDA için > 21 [duyarlılık %0 (0.0-18.5)] olarak hesaplanmıştır.

Yatış Gerektiren ve Gerektirmeyen Hasta Grupları İçin Değerlendirme Araçlarından Alınan Puanların Karşılaştırılması

Klinik değerlendirmeye göre yatış gerektiren ve gerektirmeyen hastaların kullanılan değerlendirme araçları tarafından da ayırt edilip edilmediğini göstermek için yapılan karşılaştırmada her üç araçtan da yatış gerektiren hasta grubunun daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Tüm bu karşılaştırmalar için çok büyük etki büyüklüğü saptanmıştır (Tablo 3).

Katılımcılar ayrıca değerlendirme araçları için saptanan kesme puanları dikkate alınarak da birbirleriyle karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak değerlendirme araçları da kesme puanları esas alındığında çok büyük etki büyüklüğü ile yatış gerektiren hastaları ayırt edebilmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Değerlendirme araçlarının yatış gerektiren ve gerektirmeyen hastaları ayırt edebilmesi

		Yatış Gerektirmeyen Hastalar Ortalama (SS)	Yatış Gerektiren Hastalar Ortalama (SS)	t (58)	EB (d)
Klinik Görüşmeye Göre	MSPO	2.67 (1.96)	6.22 (2.90)	-5.55*	1.43
	CORTEA	106.12 (111.73)	317.00 (128.29)	-6.41*	1.75
	İRDA	6.57 (4.18)	14.50 (4.50)	-6.58*	1.83
Kesme Puanlarına Göre	MSPO	2.34 (1.52)	7.56 (1.63)	-11.52*	3.31
	CORTEA	71.05 (65.34)	352.00 (74.93)	-15.09*	4.00
	İRDA	5.14 (2.43)	15.09 (3.27)	-13.48*	3.45

* $p < 0.001$, CORTEA: California Ozkiyim Riskini Tahmin Etme Aracı, EB: Etki Büyüklüğü (Cohen d); İRDA: İntihar Riskini Değerlendirme Aracı, MSPO: Modifiye SAD PERSONS Ölçeği, SS: Standart Sapma

Klinik görüşme ve değerlendirme araçları, yatış gerektiren ve gerektirmeyen katılımcıların aldıkları puanlar açısından karşılaştırıldığında ise her iki durum arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

TARTIŞMA

Bu çalışmada acil servise özkıyım girişimi sonrasında başvuran erişkin bireylerin hastaneye yatış gerekliliklerinin ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanının klinik risk değerlendirmesiyle MSPÖ, CÖRTEA ve İRDA gibi değerlendirme araçlarının kullanılarak karşılaştırılması amaçlanmıştır. Sonuç olarak, klinik risk değerlendirmesiyle yatışının gerekli olduğuna karar verilen olgularla değerlendirme araçlarının saptadıkları arasında bir fark olmadığı görülmüştür. Bu yönüyle çalışmanın başlangıcındaki varsayımımız ancak kısmen doğrulanmıştır.

Alanyazında özkıyım için klinik risk değerlendirmesi altın standart olarak kabul edilmekle birlikte (6) çok sayıda çalışma standardize değerlendirme ölçekleri veya bilgisayar algoritmalarının da özkıyım riskini değerlendirmek için kullanılabileceğini göstermektedir (44-50). Ancak her iki değerlendirme yöntemiyle de gerçekleşecek bir özkıyımın önceden tahmin edilmesi hâlâ ancak %50 civarında öngörülebilmektedir (7). Klinik uygulama açısından bakılacak olursa, böylesi bir oran tamamıyla şans eseri bir tespite karşılık geldiğinden kullanılabilirliği yoktur. Bu nedenle özkıyımın gerçekleşme veya yinelemesinin tahmin edilebilmesinden ziyade, özkıyım riski yüksek olan hastaların uygun takip ve tedavilerine odaklanan yordama çalışmalarına ihtiyaç duyulmuştur. Bu amaçla, yüksek özkıyım riskine sahip olan hastaların ruh sağlığı ve hastalıkları yataklı servislerine yatışlarını öngördürücü kimi çalışmalar yapılmıştır (36-37). Her ne kadar bu çalışma sonuçları da tartışmalı olsa da (34) özellikle acil servis gibi hasta yoğunluğunun fazla olduğu, hasta değerlendirmeye yeterince vakit ayrılmadığı ya da özkıyım riskini akut olarak hemen olay yerinde değerlendirebilecek uzmanlara ulaşmanın kısıtlılığı, her bir özkıyım değerlendirmesinin kişiler arasında farklılıklar (ve hatta eksiklikler)

içerebilmesi gibi nedenlerle (4) acil serviste görev yapan sağlık çalışanlarının kimi hatırlatıcı soruları içeren bazı standardize değerlendirme araçlarını kullanarak yatış gerektiren hastaları daha erkenden tespit edebilmeleri ve gereksiz hasta yönlendirmelerinin önüne geçerek zaten kısıtlı olan vaktin daha etkili şekilde kullanılmasına imkân vermeleri için değerlendirme araçlarıyla yapılan görüşmelere ihtiyaç olduğu tartışma götürmemektedir. Nitekim alanyazında acil servis çalışanlarının özkıyım riskinin değerlendirilmesi konusunda aldıkları eğitimlerle bu gereksinimleri karşılayabildiklerini gösteren kimi örnek uygulamalar da yer almaktadır (51-53).

Mevcut değerlendirme araçlarıyla yürütülmüş olan bazı çalışmaların sonuçları ümit kırıcı olsa da (32-34), bu çalışmada elde edilen sonuçlar yatış gerekliliği için MSPÖ ve İRDA'nın duyarlılıklarının klinik anlamlılık sınırlarına yakın olduğu söylenebilir. CÖRTEA ise oldukça düşük bir duyarlılığa sahip olduğu için diğer araçlar kadar başarılı şekilde risk altındaki grubu saptayamamıştır. Öte yandan her üç ölçek de oldukça yüksek özgüllük göstermiştir. Bu yönüyle özkıyım girişimiyle başvurup da yatış gereksinimi olmayanların saptanmasında başarılı oldukları söylenebilir. Ayrıca klinik görüşmenin altın standart kabul edildiği koşullar için hesaplanmış olan kesme puanlarında her üç değerlendirme aracı da klinik olarak kabul edilebilir düzeylerde duyarlılık ve özgüllük göstermiştir. Bu yönüyle bu ölçekler için önerilen kesme puanlarının üstünde puan alan olguların bir ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanının daha detaylı klinik değerlendirilmesi için yönlendirilmesi uygun olur. Klinik uygulama açısından bu tip bir ipucunun elde edilmesi acil servis çalışanları için özkıyım riskinin derecelendirilebilmesi açısından kolaylaştırıcı olacaktır.

Değerlendirme araçlarının yatış gerekliliğini saptamada göstermiş oldukları performans açısından birbirlerinden ayrılmadığı görülmektedir. Ayrıca bu araçların birbirleriyle olan korelasyonları da benzer bir durumu sorguladıklarını gösterir şekilde oldukça yüksek çıkmıştır. Bu sonuç, klinik uygulamada acil servis çalışanlarının hangi aracı daha kolay uygulanabilir buluyorlarsa, onu tercih etmeleri için bir yönlendirici olabilir. Alanyazında bu araçların birbirleriyle kullanım kolaylığı

açısından karşılaştırıldığı çalışmaya rastlamak pek mümkün olmamıştır. CÖRTEA ile “SAD PERSONS” Ölçeği'nin bu amaçla karşılaştırıldığı bir çalışmada her iki araç arasında kullanım kolaylığı yönünden büyük farklılıklar tespit edilmemiştir (27). Diğer taraftan İRDA oldukça kapsamlı bir görüşme yapmayı gerektirmesiyle CÖRTEA ve MSPÖ'den ayrılmaktadır. Kısıtlı zaman aralığı içerisinde bu yönüyle tercih edilmek için ön plana çıkacağını düşünmek doğru olmaz. Diğer taraftan CÖRTEA, MSPÖ'ye kıyasla oldukça karmaşık gelebilecek bir puanlama gerektirmektedir ve acil servis çalışanları için bu nedenle pratik bulunmayabilir. Dolayısıyla, aralarında yatış gerekliliğini saptamada belirgin fark olmayan bu üç değerlendirme aracı içerisinde diğerleri yerine MSPÖ'nün öncelikli olarak kullanımı teşvik edilebilir.

Değerlendirme araçlarının duyarlılık ve özgüllük değerleri göz önüne alındığında, bu araçların kullanım amaçlarına uygun olarak hangi değere öncelik verileceği de ayrıca düşünülmelidir. Çalışmadaki amaca uygun şekilde, hastaneye yatış gereksinimi gibi daha yüksek riskli grupları tespit etmek için kullanılacaklarsa (tarama amaçlı) önceliğin yüksek duyarlılık olması gerekir. Bu durumda ölçekler için ayrı ayrı hesaplanmış olan %100 duyarlılık anındaki kesme puanlarını dikkate almak uygun olur. Öte yandan, eğer amaç yatış gerekliliği olmayan grubu daha kesin olarak tespit etmekse (dışlama amaçlı), bu durumda da %100 özgüllük anındaki kesme puanları işe yarar olacaktır. Çalışmanın sonucu olarak önerilen kesme puanları ise daha ziyade duyarlılık ve özgüllüğün her ikisinin birden optimal olduğu “olgu saptama” değerlerine karşılık gelmektedir. Bahsedildiği üzere, klinik uygulamada hangi amaçla bu değerlendirme araçlarına başvuruluyorsa, o bağlamda bir kesme puanı seçilmesinin gerekli olduğu unutulmamalıdır.

Ayrıca, bilindiği üzere, duyarlılık ve özgüllükten ziyade pozitif ve negatif prediktif değerler klinik açıdan daha anlamlı bilgi verebilir. Bu açıdan değerlendirildiğinde MSPÖ ve CÖRTEA'nın yatış gerektirdiğini öne sürdükleri olguların gerçekten de klinik görüşmeyle de yatış gerektirmiş olmasını %75'in üzerinde başarıyla tespit ettiklerini, İRDA ile bu oranın %60 civarında olması nedeniyle diğer araçların gerisinde kaldığını söylemek gerekir.

Ancak her üç değerlendirme aracı da yatış gerektirmediğini öne sürdükleri olguların gerçekten de klinik değerlendirmeyle de yatış gerektirmeyecek şekilde sınıflanmasını %80'in üzerinde başarıyla belirtebilmişlerdir. Yani aslında bu değerlendirme araçlarının asıl kullanım alanı, yatış gerekliliği olmayan grubun saptanarak gereksiz konsültasyon istemlerinin önünü kesmek olabilir. Böylelikle de uzmanların zaten kısıtlı olan zamanları daha az meşgul edilmiş olur veya uzmanın olmadığı yerlerden bu olguların ek maliyete yol açacak şekilde ve personel aracılığıyla başka merkezlere sevk azaltılabilir.

Bu çalışmanın belki de en çarpıcı bulgusu, altın standart kabul edilen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı değerlendirmesinin aslında yatış gerekliliğini saptamada değerlendirme ölçeklerinin önüne geçemeyişi olmuştur. Buna ilaveten, klinik değerlendirme görüşmesi ile değerlendirme araçları arasındaki korelasyon ilişkisi yüksek düzeye yakın saptanmıştır. Öyle ki gerek uzman değerlendirmesi, gerekse değerlendirme araçlarından elde edilen skorlar istatistiksel olarak birbirlerinden ayrılmamıştır. Yine de uzman değerlendirmesiyle elde edilen ortalama puanların daha düşük olduğu dikkat çekmektedir. Bu durum klinisyenlerin değerlendirmeleri sırasında önlerindeki bir dizi soruya cevap almakla yetinemedikleri ve hastayla kurdukları ilişki içerisinde kendi klinik deneyimleri başta olmak üzere bazı başka etmenleri de göz önünde bulundurdıklarının işareti olabilir. Nitekim bu duruma bir örnek olarak bu çalışmada da uzman değerlendirmesine kıyasla MSPÖ ile iki, CÖRTEA ile sekiz olgu için yatış gerekliliği olmadığı, tam tersine İRDA ile ise üç olgu için yatışın gerekli olduğu saptanmıştır. Bu farklılık, değerlendirme araçlarının uzmanların yaptığı klinik görüşme sırasında olgulara dair verileri sentezleyip yorumlama süreçlerinde gereken aşamalar açısından eksik yönleri olduğunu düşündürmektedir. Zaten alanyazındaki neredeyse tüm araştırmalarda da değerlendirme araçlarının bir tür “checklist” gibi kullanılmasının tavsiye edilmediği, bu tür bir değerlendirmenin uzman görüşünün yerini alamayacağı ısrarla vurgulanmaktadır (4-5,7). Bu nedenle, uzman değerlendirmesi ve değerlendirme araçlarının yatış gerektiren olguları saptamada birbirlerinden ayrılmamış olması klinik değerlendirmenin ikinci

plana atılmasının uygun olacağı mesajını vermeme-
lidir. Tam tersine, aslında bu sonuç, klinik
değerlendirme öncesinde hangi olgular için yön-
lendirme ihtiyacı duyulabileceğini saptamada ve bu
yönüyle gereksiz konsültasyon istemleri yapılma
sıklığını azaltmada bir ara basamak olabilir.

Çalışmanın kimi kısıtlılıkları da mevcuttur.
Birincisi, bu tek merkezli bir çalışmadır ve bu
merkezde görev yapan acil servis ve ruh sağlığı ve
hastalıkları uzmanlarının çalışma tarzını yansıtıyor
olabilir. İkincisi, çalışmaya dahil edilen olgu sayısı
azdır. Üçüncüsü, klinik değerlendirmeyi yapan ve
sonrasında çalışmadaki değerlendirme araçlarını
geçmiş kayıtlardan dolduran araştırmacılar aynı
ekibin parçası oldukları için ne kadar titiz
davranılmış olsa da yanlılığa yol açmış olabilir. Bu
araştırma sorusuna ve varsayımına odaklanan ideal
bir çalışma, büyük bir örnekleme, çok merkezli
olarak prospektif bir tasarımla yürütülürse
sonuçlar çok daha güvenilir ve genelleştirilebilir
hale gelir. Ayrıca klinisyenlerin acil servisteki
değerlendirmeleri ve o esnada bahsi geçen
değerlendirme araçlarının doldurulması, üstelik
her iki değerlendirmenin birbirinden bağımsız
şekilde yapılması da sonuçların yorumlanması
konusundaki kısıtlılıkları büyük oranda
azaltacaktır.

Öte yandan bu çalışma Türk toplumunda bu denli
kapsamlı bir değerlendirmenin yapıldığı ve yatış
gerekliğinin saptanmasında uzman
değerlendirmesi kadar kimi araçların da işe yarar
olup olmayacağını tespit edilmeye çalışıldığı ilk
çalışmadır. Sonuçları itibarıyla da klinik uygula-
maya yansımaya olabilecek önemli bulgular ortaya
koymuştur. Örneğin değerlendirme araçları,
özkıyım girişiyle başvuran hastaların
değerlendirilmesinde alanda uzman olmayan
kişilerce doldurularak hangi grupların daha derin-
lemesine bir değerlendirme veya hastaneye yatış
ihtiyacı olduğunu tespit etmeyi sağlayabilir. Dahası
bu değerlendirme araçları belki de en az bir
uzmanın değerlendirmesi kadar riskli olguları
tespit edebildiğinden acil müdahale ve yakından
takip edilmesi gereken bireylerin fark edilmesini
kolaylaştırabilir. Belki de en önemlisi aslında bu tip
değerlendirme araçlarının acil servisler gibi
özkıyım riski yüksek bireylerle karşılaşma ihtimali-
ninin yüksek olduğu ortamlarda rutin olarak

kullanıma girmesi, ilerleyen dönemlerde acil servis
çalışanlarının da bir tür meslek içi eğitilmiş gibi
özkıyım risk değerlendirmesini daha sistematik ve
eksiksiz şekilde tamamlamalarına aracılık edebilir.
Böylesi bir eğitimin ve farkındalık sağlamanın
özkıyım gibi sonuçları yıkıcı olabilecek kimi klinik
durumların gözden kaçmasını azaltması
mümkündür.

Sonuç olarak, özkıyım girişimi sonrası acil servise
başvuran erişkinler için uzmanın yaptığı klinik risk
değerlendirmesinin yerini tutmasa da acil servis
çalışanlarının hangi olguların konsülte edilmesi
veya sevk edilmesi gerektiğini daha net şekilde
değerlendirebilmeleri için MPSÖ gibi kimi
değerlendirme araçlarına başvurması yardımcı ola-
bilir. Seçilecek araçların ve bu araçların
değerlendirmede verdiği sonuçların birbirlerine
göre üstünlükleri ve eksiklikleri olabileceği unutul-
madan uygun bir aracın seçimi ile özkıyım girişimi
sonrası yatış gereksinimi olan olguların saptanması
mümkündür.

Yazışma adresi: Doç. Dr. Sedat Batmaz, Tokat Gaziosmanpaşa
Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim
Dalı, Tokat sedat.batmaz@gmail.com

*Bu araştırmanın daha önceki bir versiyonu poster
bildiri olarak 19-22.04.2017 tarihleri arasında
Antalya'da düzenlenen 21. TPD Yıllık Toplantısı ve
Klinik Eğitim Sempozyumu'nda sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. De Leo D, Burgis S, Bertolote JM, Kerkhof AJ, Bille-Brahe U. Definitions of suicidal behavior: Lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis* 2006; 27:4-15.
2. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Luxembourg, World Health Organization, 2014.
3. Türkiye İstatistik Kurumu. İntihar İstatistikleri, 2015. TÜİK Haber Bülteni Sayı: 21516. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21516>. Erişim tarihi: Ekim 11, 2018.
4. Eskin M. İntihar: Anlama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2014.
5. American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2010.
6. Desjardins I, Cats-Baril W, Maruti S, Freeman K, Althoff R. Suicide risk assessment in hospitals: an expert system-based triage tool. *J Clin Psychiatry* 2016; 77: e874-e882.
7. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentlet KH, Klieman EM, Huang X, Musacchio KM, Jaroszewski AC, Chang BP, Nock MK. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin* 2017; 143: 187-232.
8. Kaplan ML, Asnis GM, Sanderson WC, Keswani L, de Lecuona JM, Joseph S. Suicide assessment: clinical interview vs. self-report. *Journal of Clinical Psychology* 1994;50: 294-298.
9. Cull JG, Gill WS. Suicide Probability Scale: Manual. Los Angeles, Western Psychological Services, 1990.
10. Atlı Z, Eskin M, Dereboy Ç. İntihar Olasılığı Ölçeğinin (İÖÖ) klinik örneklemde geçerlik ve güvenilirliği. *Klinik Psikiyatri* 2009; 12: 111-124.
11. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. *J Consult Clin Psychol* 1979; 47: 343-52.
12. Dilbaz N, Bitlis V, Bayam G, Berksun O, Holat H, Tüzer T ve ark. İntihar Niyeti Ölçeği: geçerlik ve güvenilirliği. *3P Dergisi* 1995; 3: 28-31.
13. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal ideation: The scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1979; 47: 343-352.
14. Dilbaz N, Holat H, Bayam G, Tüzer T, Bitlis V. İntihar düşüncesi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. XXXI. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Kitabı 1995, 40-41.
15. Osman A, Bagge C, Gutierrez PM, Konick LC, Kopper BA, Barrios FX. The suicidal behaviors questionnaire-revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment* 2002;8: 443-454.
16. Bayam G, Dilbaz N, Bitlis V, Holat H, Tüzer T. İntihar davranışı ile depresyon, ümitsizlik, intihar düşüncesi ilişkisi: intihar davranışı ölçeği geçerlik, güvenilirlik çalışması. *Kriz Dergisi* 1995; 3: 253-255.
17. Bryan CJ, Rudd MD, Wertenberg E, Etienne N, Ray-Sannerud BN, Morrow CE, Peterson AL, Young-McCaughon S. Improving the detection and prediction of suicidal behavior among military personnel by measuring suicidal beliefs: an evaluation of the Suicide Cognitions Scale. *J Affect Disord* 2014; 159: 15-22.
18. Guzey Yiğit M, Yiğit İ. İntihar bilişleri ölçeğinin psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi: Geçerlik güvenilirlik çalışması. *Nesne Psikoloji Dergisi* 2017;5: 363-383.
19. Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck Hopelessness Scale. San Antonio, Texas, Psychological Corporation, 1998.
20. Seber G, Dilbaz N, Kaptanoğlu C, Tekin D. Umutsuzluk Ölçeği: geçerlik ve güvenilirliği. *Kriz Dergisi* 1993;1:139-42.
21. Durak A, Palabıyıkoglu R. Beck Umutsuzluk Ölçeği Geçerlik Çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi* 1994;2:311-319.
22. Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983;51:276-286.
23. Batgün AD, Gültekin YY, Şahin NH. İnsanları yaşama bağlayan nedenler nelerdir? Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri'nin (YSNE) güvenilirliği ve geçerliği. *Turkish Journal of Psychology* 1993;8(7-19).
24. Lester D, McSwain S, Gunn JF. A test of the validity of the IS PATH WARM warning signs for suicide. *Psychol Rep* 2011; 108:402-404.
25. Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson GA. Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics* 1983;24:343-345.
26. Hockberger RS, Rothstein RJ. Assessment of suicide potential by nonpsychiatrists using the SAD PERSONS score. *J Emerg Med* 1988;6:99-107.
27. Motto JA. Preliminary field-testing of a risk estimator for suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1985;15:139-150.
28. Chehil S, Kutcher SP. Suicide risk management: A manual for health professionals. 2nd ed Chichester, UK: Wiley-Blackwell, 2012.
29. Giordano R, Stichler JF. Improving suicide risk assessment in the emergency department. *J Emerg Nurs* 2009;35:22-26.
30. Runeson B, Odeberg J, Pettersson A, Edbom T, Jildevik Adamsson I, Waern M. Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLoS ONE* 2017;12: e0180292.
31. Katz C, JR, Sareen J, Chateau D, Walld R, Leslie WD, Wang J, Bolton JM. Predicting suicide with the SAD PERSONS scale. *Depress Anxiety* 2017;34: 809-816.
32. Warden S, Spiwak R, Sareen J, Bolton JM. The SAD PERSONS scale for suicide risk assessment: a systematic review. *Arch Suicide Res* 2014;18:313-326.
33. Saunders K, Brand F, Lascelles K, Hawton K. The sad truth about the SADPERSONS Scale: an evaluation of its clinical utility in self-harm patients. *Emerg Med J* 2014;31:796-798.
34. Bolton JM, Spiwak R, Sareen J. Predicting suicide attempts with the SAD PERSONS scale: a longitudinal analysis. *J Clin*

Psychiatry 2012; 73:735-741.

35. Cochrane-Brink KA, Lofchy JS, Sakinofsky I. Clinical rating scales in suicide risk assessment. *Gen Hosp Psychiatry* 2000; 22:445-451.

36. Randall JR, Colman I, Rowe BH. A systematic review of psychometric assessment of self-harm risk in the emergency department. *J AffectDisord* 2011;134: 348-355.

37. Chang BP, Tan TM. Suicide screening tools and their association with near-term adverse events in the ED. *Am J Emerg Med.* 2015;33:1680-1683.

38. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and Primary care providers be for suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002;159: 909-916.

39. Hatcher S. The Manchester Self Harm Rule had good sensitivity but poor specificity for predicting repeat selfharm or suicide. *Evid Based Med.* 2007;12: 89.

40. Kapur N, Cooper J, Rodway C, Kelly J, Guthrie E, Mackway-Jones K. Predicting the risk of repetition after self harm: cohort study. *BMJ* 2005;330:394-395.

41. Morrissey R, Dicker R, Abikoff H. 1995. Hospitalizing the suicidal adolescent: an empirical investigation of decision making criteria. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 1995;34:902-911.

42. Motto JA, Heilbron DC, Juster RJ. Development of a clinical instrument to estimate suicide risk. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 680- 686.

43. Kutcher SP, Chehill S. Suicide risk management: a manual for health professionals. Chichester, UK: Wiley-Blackwell, 2007.

44. Randall JR, Sareen J, Chateau D, Bolton JM. Predicting Future Suicide: Clinician Opinion versus a Standardized Assessment Tool. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2018. doi: 10.1111/sltb.12481.

45. Roos L, Sareen J, Bolton JM. Suicide risk assessment tools, predictive validity findings and utility today: time for a revamp. *Neuropsychiatry* 2013;3:1-13.

46. Runeson B, Odeberg J, Pettersson A, Edbom T, Jildevik Adamsson I, Waern M. Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PlosOne* 2017; 12: e0180292.

47. Lotito M, Cook E. A review of suicide risk assessment instruments and approaches. *Mental Health Clinician* 2015;5:216-223.

48. Kreuze E, Lamis DA. A review of Psychometrically Tested Instruments Assessing Suicide Risk in Adults. *Omega-Journal of Death and Dying* 2018;77: 36-90.

49. Bowers A, Meyer C, Hillier S, Blubaugh M, Roepke B, Farabough M, Gordon J, Vassar M. Suicide risk assessment in the emergency department: Are there any tools in the pipeline? *Br J Psychiatry* 2018;36: 630-636.

50. Fazel S, Wolf A. Suicide risk assessment tools do not perform worse than clinical judgement. *Br J Psychiatry* 2017; 211:183.

51. Kishi Y, Otsuka K, Akiyama K, Yamada T, Sakamoto Y, Yanagisawa Y, Morimura H, Kawanishi C, Higashioka H, Miyake Y, Thurber S. Effects of a training workshop on suicide prevention among emergency room nurses. *Crisis* 2014;35:357-

361.

52. Stanley B, Brown GK, Brenner LA, Galfalvy HC, Currier GW, Knox KL, Chaudhury SR, Bush AL, Green KL. Comparison of the Safety Planning Intervention With Follow-up vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department. *JAMA Psychiatry* 2018;75:894-900.

53. Reshetukha TR, Alavi N, Prost E, Kirkpatrick RH, Sajid S, Patel C, Groll DL. Improving suicide risk assessment in the emergency department through physician education and a suicide risk assessment prompt. *Gen Hosp Psychiatry* 2018;52:34-40.

Ergenler için Psikolojik Bozukluklar Envanteri'nin (EPBE) revizyon çalışması-II: Kişilik bozuklukları formu ve kişilik bozuklukları görülme sıklığı

Revision study of Psychological Disorders Inventory for Adolescents (PDIA)-II: Personality disorders form and prevalence of personality Disorders

Yıldız Bilge¹, Yusuf Bilge²

¹Dr.Öğr. Üyesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yaşam Bilimleri Fakültesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul <https://orcid.org/0000-0003-2315-0055>

²Dr.Öğr. Üyesi, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul <https://orcid.org/0000-0003-2754-9119>

ÖZET

Amaç: Bu çalışma özgün form olan Ergenler için Psikolojik Bozukluklar Envanterinin (EPBE) maddeleri kullanılarak oluşturulan Ergenler için Psikolojik Bozukluklar Envanteri-Kişilik Bozuklukları Formunun (EPBE-KBF) geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılmasını amaçlamaktadır. **Yöntem:** Çalışma 13-24 (19.17±2.66) yaşları aralığındaki 539'u kız (%71.7), 234'ü erkek (%28.3) olmak üzere 827 kişilik ortaokul, lise ve üniversite öğrencilerinden oluşan bir örneklem grubuyla gerçekleştirilmiştir. Test-tekrar test güvenilirliği için 41 öğrenciye uygulama yapılmıştır. Yakınsak geçerlilik kapsamında 78 kişilik bir örneklem grubuna Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri-Kişilik Bozuklukları (MMPI-KB), 103 kişilik bir örneklem grubuna Kişilik İnanç Ölçeği-Türkçe Kısa Form (KİÖ-TKF) ve 44 kişilik bir örneklem grubuna DSM-III-R Eksen II Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-II) ölçekleri EPBE-KBF ile birlikte uygulanmıştır. **Bulgular:** Yapılan güvenilirlik analizinde, toplam ölçek için Cronbach alfa değerinin 0.77 ve alt ölçekler için 0.70-0.87 arasında olduğu saptanmıştır. Bütün alt ölçek maddelerinin madde toplam madde korelasyonları 0.30 üzerinde bulunmuştur. Test-tekrar test analizinde korelasyon katsayıları 0.65-0.92 arasındadır. Yakınsak geçerlilik analizlerinde elde edilen korelasyon katsayıları 0.17-0.78 arasında değişmektedir. **Sonuç:** Özgün çalışma ve ilk revizyon çalışmasından sonra üçüncü kez yapılmış olan geçerlilik güvenilirlik analizlerine göre EPBE-KBF'nin geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu görülmektedir. Ayrıca çalışmamızda kişilik bozuklukları sıklık oranları %2.54 ila %5.56 arasında değişmektedir ve elde edilen sıklık oranları literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: Kişilik bozuklukları, Ergenler için Psikolojik Bozukluklar Envanteri-Kişilik Bozuklukları Formu (EPBE-KBF), ergenlik, geçerlilik, güvenilirlik

(*Klinik Psikiyatri* 2019;22:206-218)

DOI: 10.5505/kpd.2019.33154

SUMMARY

Objective: This study aims to conduct validity and reliability studies of the Inventory of Psychological Disorders for Adolescents-Personality Disorders Form (PDIA-PDF), which were created by using the original Inventory of Psychological Disorders For Adolescents (PDIA). **Method:** The study consisted of a sample group of 827 high school and university students, including 539 female (71.7%) and 234 male (28.3%) aged 13-24 (19.17±2.66) years. Test-retest reliability was also examined in 41 participants. In the context of convergent validity, it were applied together EPBE-PBF to a sample group of 78 persons Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Personality Disorders (MMPI-PD), to a sample group of 103 Personality Belief Questionnaire-Turkish Short Form (PBQ-TSF) and to a sample group of 44 The Structured Clinical Interview for DSM-III Axis II Disorders (SCID-II). **Results:** In the reliability study, the Cronbach's alpha for the total scale was 0.77 and for subscales, it was between 0.70 and 0.87. It was also found that item-total correlations for each subscale were higher than 0.30. Correlation coefficient values for test-retest reliability were between 0.65 and 0.92. In the convergent validity analyzes, the Pearson's correlation values varied between 0.17 and 0.78. **Discussion:** It is seen that PDIA-PDF is a valid and reliable scale according to the validity reliability analyzes performed thirdly after the original study and first revision study. In addition, the prevalence of personality disorders in our study ranged from 2.54% to 5.56% and these findings are similar to those in the literature.

Key Words: Personality disorders, Psychological Disorders Inventory for Adolescents-Personality Disorders Form (PDIA-PDF), adolescence, validity, reliability

GİRİŞ

Kişilik bireylerin düşünme, hissetme ve davranışlarının karakteristik doğasındaki bireysel farklılıklardır (1). Kişilik kavramı birçok bilim adamı tarafından farklı şekillerde tanımlanmış ve üzerinde bir anlaşmaya varılmamış olsa da bu tanımların odak noktasında, bireyin psikolojik yaşamının uyumu, tutarlılığı, içsel örgütlenmesi ve benzersizliği ya da biricikliği yer almaktadır (2). Kişiliğin tanımındaki tutarlılık kavramı, belirli durumlarda belirli şekillerde davranmaya yönelik temel eğilimin sürekliliğine işaret etmektedir. Bu eğilimler, dürtüsellik, heyecan arayışı, atılganlık, alçakgönüllülük ve sorumluluk gibi kişilik özellikleri olarak adlandırılmaktadır (3). Kişilik bozukluğu, insanların sahip olduğu bu ortak kişilik özelliklerinin bazı bireylerde uçlarda yaşanması olarak tanımlanabilir. Ya da kişilikteki bu tutarlı yapıda ortalama değişkenlik aralığından sapmalar söz konusu olduğunda ve işlevselliği bozarak bireyin hayatında öznel bir sıkıntıya yol açtığında kişilik bozukluğu ihtimalinden bahsedilebilir (4).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Sınıflandırma El Kitabının beşinci baskısına (DSM-5) göre kişilik bozukluklarına boyutsal bir bakış açısının da benimsenebileceği ancak henüz konuyla ilgili araştırmaların devam ettiği vurgusu yapılmaktadır. DSM 5'e göre kişilik bozukluğu kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden (bilgi, duygulanım, dürtü denetimi gibi alanlarda) belirgin olarak sapma gösteren, süre giden bir içsel yaşantı ve davranış örüntüsüdür. Bu örüntü esneklikten yoksundur ve değişik kişisel ve toplumsal durumları kapsar. Bu örüntü toplumsal, işle ilgili alanlarda işlevsellikte düşmeye yol açar. Kalıcı ve uzun süreli olan bu örüntünün başlangıcı en azından ergenlik ya da erken erişkinlik yıllarına uzanır (5).

Bir kişide kalıcı kişilik örüntüsü okul öncesi dönemin sonunda belirgin bir nitelik kazansa da (6) kişilikte bir ömür boyu değişiklikler görülmektedir. Bir bireyin kişilik yapılanması sürecinde çocukluk döneminde orta derecede istikrarlı bir değişim, ergenlikten erken erişkinliğe kadar hızlı ve 30 yaşından sonra ise daha yavaş bir değişim yaşanmaktadır (7). Bireylerin kişilik örüntülenmesi

sırasında yaşanan bu değişimler genellikle olumlu (normal) bir seyir izlerken bazen de olumsuz (anormal) bir oluşum söz konusu olmaktadır. Kişilikteki bu anormal örüntülenmenin sonucunda ise psikolojik veya psikiyatrik bozukluklar ortaya çıkmaktadır. Alanyazında yapılan çalışmalar incelendiğinde kişilik bozuklukları da dâhil birçok psikolojik veya psikiyatrik bozukluğun başlangıç döneminin ergenlik ve hatta daha erken çocukluk dönemi olduğu görülmektedir (8-14). Shiner'ın (15) aktardığına göre kişilik bozuklukları; 1. ergenlik döneminde en az yetişkinlikte olduğu kadar yaygındır, 2. B kümesi kişilik bozuklukları ergenlerde yetişkinlerden daha fazladır, 3. C kümesi kişilik bozuklukları yetişkinlerde ergenlerden daha fazladır ve 4. kişilik bozuklukları genç klinik örneklemelerde oldukça yaygındır. Ayrıca nokta prevalansı yapılmış bir çalışmada kişilik bozukluklarının 14 yaşta % 14,6; 16 yaşta % 12,7; 22 yaşta % 13,9 ve 33 yaşta % 12,7 oranında görüldüğü tespit edilmiştir (15).

Bu konudaki tartışmalar halen devam etmekle birlikte yukarıda da belirtildiği gibi DSM 5 yayımlandıktan sonra antisosyal kişilik bozukluğu dışındaki kişilik bozukluklarının ergenlik döneminde (kalıcı ve uzun süreli olan bu örüntünün başlangıcı en azından ergenlik ya da erken erişkinlik yıllarına uzanır) tanımlanabileceği kabulü benimsenmeye başlanmıştır (5). Çünkü ergenlerde kişilik bozukluklarının göz ardı edilmesi, birçok ergenin tedavi görmemesine veya uygunsuz tedaviler görmesine neden olmakta ve bu nedenle de ergenlerde intihar eğilimi, suçluluk, madde kötüye kullanımı, sosyal uyumsuzluk ve akademik başarısızlık gibi ciddi sorunların ortaya çıkmasına yol açabilmektedir (6). Ergenlerdeki bu patolojik yapılanma genellikle ergenlikteki hızlı değişime veya duygusal dalgalanmalara bağlı olarak yorumlanmakta ve tanılamada geç kalmabilmektedir. Bu noktada özellikle vurgulamak istediğimiz konu, ülkemizde ergenlik döneminde kişilik bozukluğunun görülüp görülmediği henüz tartışılmaya bile başlanmamıştır.

Ergenlik döneminde kişilik bozuklukları da dâhil olmak üzere söz konusu olabilecek patolojik bir yapılanmanın erken fark edilebilmesi, bu patolojik yapılanmanın sağaltımı ve kişilik yapılanmasının olumluya doğru evrilmesi yönündeki müdahalelere

imkân sağlayacağı için oldukça önemlidir. Çünkü erken tanılama, erken müdahaleleri kolaylaştıracağı için uzun vadeli olumsuz sonuçların önlenmesine katkı sağlayacaktır (16, 7). Bu yüzden diğer patolojilerin yanı sıra kişilik bozukluklarının da ergenlik döneminde tespiti için tarama çalışmalarının yapılması önem taşımaktadır. Bu tarama çalışmalarının yapılabilmesi için de çeşitli öz bildirim ölçeklerine ihtiyaç duyulmaktadır. Yurtdışında ergenlerde görülen kişilik bozukluklarının değerlendirilmesi için psikometrik araçlar bulunmaktadır ve bu araçlar hem tanılamada hem de araştırma ya da tarama çalışmalarında kullanılmaktadır. Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescence (MMPI-A) (17), Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI) (18), Hare Psychopathy Checklist-Youth Version (PCL-YV) (19) ve anne, baba veya öğretmenlerin doldurduğu bir ölçek olan The Coolidge Personality and Neuropsychological Inventory for Children (CPNI) (20) bu ölçeklerden bazılarıdır. Ancak ülkemizde ergenlerde görülen kişilik bozukluklarının değerlendirilmesine katkı sağlayacak bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Bu eksiklikten dolayı araştırmacı tarafından DSM-5 kriterleri (5) referans alınarak ergenlerde görülen psikolojik bozuklukları değerlendirmeyi amaçlayan geniş ve kapsamlı bir ölçek olan Ergenler İçin Psikolojik Bozukluklar Envanteri (EPBE) geliştirilmiş ve geçerlilik, güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (21). Bu makale EPBE'nin revizyonunu içeren bir çalışmadır ve bu çalışmanın amaçları ise şunlardır;

1. EPBE'nin ilk revizyon çalışmasında belirtildiği gibi uygulama kolaylığı açısından ölçek iki ayrı form olarak yeniden düzenlenmiştir. İlk form Ergenler İçin Psikolojik Bozukluklar Envanteri-Psikolojik Bozukluklar Formu (EPBE-PBF) (22) olarak isimlendirilmiştir. Bu çalışmanın konusu olan ikinci formda ise EPBE'de yer alan kişilik bozuklukları maddeleri kullanılarak Ergenler İçin Psikolojik Bozukluklar Envanteri-Kişilik Bozuklukları Formu (EPBE-KBF) hazırlanmış ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır.

2. Ayrıca yine ilk formda olduğu gibi geçerliliği, güvenilirliği 13-18 yaş aralığı için yapılmış olan özgün EPBE'nin bu çalışmada yaş aralığı ergenlik

yaşının uzadığı tezinden hareketle 13-24 olarak (23) genişletilmiştir.

3. Ülkemizde yapılacak olan araştırma çalışmalarında kullanılabilecek güncel, geçerli ve güvenilir bir ölçeğin alana kazandırılması ve klinik ortamlarda ise kişilik bozukluklarının değerlendirilmesine katkı sunacak psikometrik bir aracın oluşturulması hedeflenmiştir.

4. Son olarak bu çalışmada elde edilen veriler kullanılarak ergenlerde kişilik bozukluklarının görülme sıklığının tespit edilmesi de amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Katılımcılar

Kolaylıkla bulunabileni örnekleme tekniği (convenience sampling) (24) ile belirlenmiş olan katılımcı grubumuz 13-24 yaş (n=23) aralığındaki (19.17±2.66) 593'ü kız (%71.7), 234'ü erkek (%28.3) ve toplamda ise 827 kişilik ortaokul, lise ve üniversite öğrencisinden oluşmaktadır. Örneklem büyüklüğü ölçekteki madde sayısının 10 katı kadar olması (25) kriterine göre belirlenmiştir. EPBE-KBF alt ölçeklerinin test-tekrar test güvenilirlik analizi için Sağlık Bilimleri Üniversitesi'nde öğrenim gören 19-24 yaş aralığındaki (20.29±1.00) 36'sı kız ve 5'i erkek toplam 41 öğrenciye EPBE-KBF uygulanmıştır. Yakınsak geçerlilik kapsamında ise 78 kişilik bir örneklem grubuna MMPI-KB, 103 kişilik bir örneklem grubuna KİÖ-KF ve 44 kişilik bir örneklem grubuna SCID II ölçekleri EPBE-KBF ile bir arada uygulanmıştır.

Katılımcıların %45'i (n=374) Sağlık Bilimleri Üniversitesi (Ergoterapi, Dil ve Konuşma Terapisi, Beslenme ve Diyetetik, Çocuk Gelişimi, Fizyoterapi, Odyoloji, Sağlık Yönetimi, Ebelik ve Sosyal Hizmet Bölümü) öğrencilerinden %30'u (248) Sabahattin Zaim Üniversitesi (Psikoloji, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık, Hemşirelik ve Mimarlık Bölümü) öğrencilerinden ve %25'i (205) ise biri ortaokul diğeri lise olmak üzere iki devlet okulunda öğrenim gören öğrencilerden oluşmaktadır. Etik onayı Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu'ndan alınan araştırmaya

katılan tüm bireyler gönüllülük esasına göre çalışmaya alınmış ve her bir katılımcıya onam formu imzalatılmıştır. Öğrencilere toplu bir şekilde grup uygulamaları yapılarak veriler toplanmıştır. Diğer iki çalışmadan bağımsız olarak elde edilmiş olan verilerin toplanması Nisan-Mayıs 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Ölçüm Araçları

Kişisel Bilgi Formu: Kişisel bilgi formunda katılımcıların ad-soyad, yaş, cinsiyet, kardeş sayısı ve anne babanın eğitim düzeyleri gibi demografik sorular bulunmaktadır.

Ergenler İçin Psikolojik Bozukluklar Envanteri-Kişilik Bozuklukları Formu (EPBE-KBF): Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan EPBE'nin (21) mevcut haliyle uzun bir ölçek (214 maddelik) olması nedeniyle uygulama kolaylığı oluşturulabilmesi amacıyla ölçekteki kişilik bozukluklarını değerlendiren maddeler kullanılarak yeni bir ölçek yapılandırılmıştır.

EPBE-KBF, antisosyal kişilik bozukluğuna (KB) 18 yaşından sonra tanı konabildiği için bu kişilik bozukluğunun yerine davranım bozukluğu ve DSM 5'te yer alan diğer 9 kişilik bozukluğu (paranoid KB, şizoid KB, şizotipal KB, borderline KB, histriyonik KB, narsisistik KB, çekingen KB, bağımlı KB, obsesif-kompulsif KB) olmak üzere toplam 10 bozukluğun değerlendirildiği bir ölçektir. Envanter "NASA'da astronotluk yaptım." "Atlas Okyanusu'nu yüzerek geçtim." şeklinde iki soruyla ölçekteki soruların gerçekten okunup okunmadığının sınanmasını amaçlayan 2 "yalan" maddesi ile birlikte toplam 89 maddeden oluşmaktadır. Envanterde beşli likert tipi bir değerlendirme yapılmakta ve böylece psikolojik problemler, sadece var ya da yok (Evet/Hayır'lı testler) şeklinde kategorik bir sınıflandırmayla değil boyutsal bir şekilde değerlendirilmektedir. EPBE'nin ilk revizyon çalışmasında (22) ise ergenlerde gözlenen 18 psikolojik bozukluk alt ölçeklerinin (dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik [DEAHB], şizofreni, depresyon, ayrılma anksiyetesi, sosyal fobi, panik atak, yaygın kaygı, obsesif-kompulsif bozukluk, bedensel belirti bozukluğu, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, uykusuzluk

bozukluğu, aşırı uykululuk bozukluğu, cinsel kimliğinden yakınma hoşnut olmama, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, aralıklı patlayıcı bozukluk, davranım bozukluğu ve yıkıcı duygudurum düzensizliği), sosyal istenirlik ve yalan alt ölçeğinin bulunduğu 153 maddelik kapsamlı bir ölçek olan Ergenler İçin Psikolojik Bozukluklar Envanteri-Psikolojik Bozukluklar Formu (EPBE-PBF) hazırlanmıştır. Böylelikle orijinal EPBE, EPBE-PBF ve EPBE-KBF olmak üzere iki ölçeğe bölünmüş ve iki ayrı form olarak kullanıma imkân tanyan bir yapı kazandırılmıştır.

Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri-Kişilik Bozuklukları (MMPI-KB): 566 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeği olan MMPI "doğru" ve "yanlış" biçiminde yanıtlanan objektif bir kişilik envanteridir. 1940 yılında McKinley ve Hathaway'in (26) geliştirdiği envanter Savaşır (27) tarafından Türkçeye çevrilmiş ve Erol (28) ise bir hasta grubuyla envanterin geçerlik çalışmasını gerçekleştirmiştir.

265 maddeden oluşan kişilik bozuklukları alt ölçekleri ise, MMPI soruları kullanılarak Morey tarafından geliştirilen ölçek DSM-III Eksen II'de yer alan 11 kişilik bozukluğunu (paranoid, şizotipal, şizoid, borderline, antisosyal, narsisistik, histriyonik, çekingen, bağımlı, obsesif-kompulsif ve pasif-agresif kişilik bozuklukları) içermektedir. Ülkemizde ise Oral ve Ceyhun (29) tarafından 500 normal ve 500 hastadan oluşan gruplarla gerçekleştirilen çalışmada psikiyatrik grubun kişilik bozuklukları ortalama ham puanları Morey'in çalışmasındaki ortalamalara yakın bulunmuştur. Bu alt testlerin psikiyatride Eksen II tanılarının konulmasında kullanılabileceği sonucuna varılmıştır (29).

Kişilik İnanç Ölçeği-Kısa Türkçe Form (KİÖ-KTF): Beck ve Beck (30) tarafından DSM-IV Eksen-II kişilik bozuklukları için geliştirilen ölçek, bilişsel kurama ve klinik gözlemlere dayanarak, özel inanç ve varsayımlardan oluşan şemaları tespit etmektedir. Bu şemalar DSM-IV'teki borderline kişilik bozukluğu dışındaki 9 kişilik bozukluğuna karşılık gelmektedir. Türkçapar ve diğerleri (31) tarafından Türkçeye Kişilik İnanç Ölçeği (KİÖ) olarak çevrilmiş olan 4'lü likert tipi ölçeğin uzun formu her bir kişilik bozukluğu için 14 soru ve toplamda

126 soru içermektedir. KİÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında 0.67 ile 0.90 arasında iç tutarlılık katsayısı elde edilmiştir (31).

Bir sonraki çalışmada daha kısa ve pratik bir ölçek elde etmek amacıyla, aynı değerlendirme özelliğine sahip ancak KİÖ'nün orijinal formunda ayırt edici özelliği yüksek olan maddeleri seçilerek 65 maddeden oluşan Kişilik İnanç Ölçeği - Kısa Formu geliştirilmiştir (32). Bu kısa formun Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Taymur ve diğerleri (33) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin toplam Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı .92 iken alt ölçeklerin güvenilirlik katsayıları .61 ilâ .85 arasında değişmektedir. 100 öğrenciye 4 hafta aralıklarla yapılan test-tekrar test çalışması sonucunda elde edilen korelasyon katsayıları .66 ilâ .87 arasındadır (33). KİÖ-KTF'ye Butler, Brown, Beck ve Grisham (34) tarafından yapılan bir çalışmayla Borderline kişilik bozukluğu alt ölçeği de sonradan eklenmiştir.

DSM-III-R Eksen II Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Kişilik Anketi (SCIDII-KA): Spitzer ve Williams (35) tarafından geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir ölçek olan SCID II-KA, kişilik bozukluklarının tanı ölçütlerini taramak amacıyla geliştirilmiş 120 soruluk bir öz-bildirim formu içermektedir. Bu form hasta tarafından doldurulduktan sonra klinisyen görüşme sırasında özellikle formda "evet" olarak yanıtlanmış maddeler üzerinde durmaktadır (36). Ölçeğin Türkçe'ye çeviri çalışmaları Sorias, Saygılı ve Elbi (36) tarafından yapılmış ve başka bir çalışmada

SCID II-KA'nın güvenilirlik sonuçlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (37).

Veri Analizi

EPBE-KBF'nin güvenilirliği kapsamında iç tutarlılık analizi için Cronbach Alfa değerleri hesaplanmış ve test-tekrar test güvenilirliği ile yakınsak geçerliliği için Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı analizi uygulanmıştır. Faktör yapısını belirlemek için Açıklayıcı Faktör Analizi yöntemi kullanılmıştır. Ayrıca uygulamaların yapıldığı yaş aralıkları arasında fark olup olmadığının sınanması için ise bağımsız örneklem t testi yapılmıştır.

BULGULAR

Güvenilirlik Analizi Bulguları

Uygulamalardan elde edilen verilere güvenilirlik kapsamında uygulanan Cronbach Alfa katsayısı analizi sonucunda en düşük Cronbach alfa katsayısı Şizotipal ve Borderline KB'lerde ($\alpha=0.70$) ve en yüksek Cronbach alfa katsayısı ise Çekingen KB alt ölçeğindedir ($\alpha=0.87$). Alt ölçeklerin hepsinden elde edilen Cronbach alfa katsayısı ortalaması ise 0.77'dir. Ayrıca bütün maddelerin madde-toplam puan korelasyonlarının 0.30'dan yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgulardan hareketle, EPBE-KBF alt ölçeklerinin yüksek bir iç tutarlılığa sahip olduğu söylenebilir (Tablo 1).

Tablo 1. EPBE-KBF güvenilirlik analizi alt ölçek ortalama, standart sapma ve güvenilirlik katsayıları

EPBE-KBF Alt Ölçekleri	Madde Sayısı	Ort.±SS	Alpha (α)
Paranoid KB	9	18.26±5.42	0.76
Şizoid KB	7	13.50±4.26	0.76
Şizotipal KB	8	15.13±4.52	0.70
Davranım Bozukluğu	12	16.16±4.30	0.79
Borderline KB	7	14.87±4.15	0.70
Histriyonik KB	10	24.13±6.27	0.75
Narsistik KB	13	28.43±8.48	0.85
Çekingen KB	12	22.00±7.90	0.87
Bağımlı KB	11	20.47±6.12	0.79
Obsesif-Kompulsif KB	10	26.93±6.25	0.73

Tablo 2. EPBE-KBF alt ölçeklerinin test-tekrar test uygulamasındaki ortalama, standart sapma ve test-tekrar test korelasyon katsayıları (s=41)

EPBE- KBF Alt Ölçekleri	T1 Ort.±SS	T2 Ort.±SS	R
Paranoid KB	17.24±5.42	15.97±5.43	0.83**
Şizoid KB	12.29±3.92	12.43±3.82	0.86**
Şizotipal KB	14.54±4.12	14.04±4.08	0.82**
Davranım Bozukluğu	14.31±2.25	14.46±2.48	0.65**
Borderline KB	13.76±4.10	13.83±4.04	0.84**
Histriyonik KB	23.71±7.32	23.35±7.58	0.90**
Narsisistik KB	27.24±9.36	27.02±9.79	0.91**
Çekingen KB	21.48±6.95	21.61±8.17	0.92**
Bağımlı KB	20.43±6.17	19.90±6.27	0.87**
ObsessifKompulsif KB	26.60±6.54	26.48±6.27	0.84**

*p<0.05, **p<0.01

Üç hafta ara ile gerçekleştirilen test- tekrar test güvenilirliği kapsamında, Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı analizi yapılmıştır ve en düşük korelasyon katsayısı davranım bozukluğu alt ölçeğinde (r=0.65), en yüksek korelasyon katsayısı ise çekingen KB alt ölçeğinde (r=0.92) bulunmuştur. Tüm alt ölçeklerin ortalama korelasyon katsayısı ise r=0.84 olarak hesaplanmıştır ve tüm korelasyon katsayılarının p<0.01 düzeyinde anlamlı olduğu görülmüştür (Tablo 2). Yine güvenilirlik analizi kapsamında toplam ölçek puanına dayalı olarak her bir alt ölçek için katılımcılar sıralandıktan sonra alt %27'de yer alan (ilk 223) ve üst %27'de yer alan (son 223) katılımcılardan iki grup oluşturulmuş ve alt-üst grupların madde ortalama puanları arasındaki farklar bağımsız örneklem t-testi kullanılarak incelenmiştir. Oluşturulmuş olan iki grubun madde ortalama puanları arasındaki farkların anlamlı olup olmadığının belirlenmesi için yapılan t-testi sonuçlarına göre tüm maddeler ve alt ölçekler için iki grup arasında üst %27'lik grup lehine p<0.00 düzeyinde anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Ancak EPBE-KBF çok sayıda madde (89 madde) içerdiği için bu makalede istatistik verilere yer verilmemiştir.

Geçerlilik Analizi Bulguları

Ölçüt bağımlı geçerlilik çalışması kapsamında MMPI-KB, KİÖ-KF ve SCID II ölçekleri 18 yaş ve üzerindeki bireylere uygulanabildiği için yaşı 18'den büyük olan katılımcılara bu ölçekler kullanılmıştır. 13 ve 17 yaş aralığındaki öğrencilere

ise ülkemizde bu yaş grubunda değerlendirme yapacak kişilik bozukluğu ölçeği olmadığı için herhangi bir ölçüt bağımlı ölçek uygulanamamıştır. Yapılan analizler sonucunda Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı tüm alt ölçekler için 0.17-0.78 arasında bulunmuştur. EPBE Şizoid KB ile SCID II-Şizoid KB arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır (r=0.17, p>0.05). EPBE Şizotipal KB ile SCID II Şizotipal KB arasında (r=0.32) ve EPBE Borderline KB ile KİÖ KTF-Borderline KB arasında (r=0.31) p<0.05 düzeyinde anlamlı korelasyon tespit edilmiştir. Diğer EPBE-KBF alt ölçekleri ile yakınsak geçerlilik ölçekleri arasındaki korelasyonlar pozitif yöndedir ve anlamlılık düzeyleri 0.01'dir (Tablo 3).

Yapı geçerliliği kapsamında ölçeğin faktör yapısı, açımlayıcı faktör analizi (AFA) ile incelenmiştir. Faktör analizine göre madde seçiminde iki kritere dikkat edilmiş, faktör yük değeri 0.40 olan ve iki faktör yükü arasındaki farkı en az 0.10 olan maddeler ölçeğe alınmıştır (38). Ölçeğimiz toplam puan indeksli bir ölçek olmayıp MMPI gibi bir profil ölçeği olduğu için, her bir kişilik bozukluğu alt ölçeği kendi içinde faktör analizine tabi tutulmuştur. Verilerin faktör analizine uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Barlett Sphericity testi ile incelenmiştir. KMO değerinin her bir alt ölçek için .60'dan yüksek olduğu ve Barlett Sphericity testi sonucunun da anlamlı olduğu görülerek veriler faktör analizi yapmak için uygun bulunmuştur. AFA gerçekleştirilirken her bir faktörün kendileriyle yüksek ilişki veren maddeleri bulmaları ve faktörlerin daha kolay yorumlan-

Tablo 3. EPBE-KBF alt ölçekleri ile Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri-Kişilik Bozuklukları (MMPI-KB), DSM-III-R Eksen II Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-II) ve Kişilik İnanç Ölçeği-Kısa Türkçe Form (KIÖ-KTF) arasındaki korelasyon katsayıları

EPBE-KBF alt ölçekleri	Yakınsak geçerlilik ölçekleri	Yakınsak geçerlilik korelasyon katsayıları
EPBE-KBF Paranoid KB	MMPI-Paranoid KB	0.68**
	SCID II-Paranoid KB	0.55**
	KIÖ KTF-Paranoid KB	0.71**
EPBE-KBF Şizoid KB	MMPI-Şizoid KB	0.34**
	SCID II-Şizoid KB	0.17
	KIÖ KTF-Şizoid KB	0.49**
EPBE-KBF Şizotipal KB	MMPI-Şizotipal KB	0.63**
	SCID II-Şizotipal KB	0.32*
EPBE-KBF Davranım Bozukluğu	MMPI-Antisosyal KB	0.61**
	SCID II-Antisosyal KB	0.65**
	KIÖ KTF-Antisosyal KB	0.33**
EPBE-KBF Borderline KB	MMPI-Borderline KB	0.52**
	SCID II-Borderline KB	0.52**
	KIÖ KTF-Borderline KB	0.31*
EPBE-KBF Histrionik KB	MMPI-Histrionik KB	0.52**
	SCID II-Histrionik KB	0.63**
	KIÖ KTF-Histrionik KB	0.43**
EPBE-KBF Narsisistik KB	MMPI-Narsisistik KB	0.43**
	SCID II-Narsisistik KB	0.78**
	KIÖ KTF-Narsisistik KB	0.46**
EPBE-KBF Çekingen KB	MMPI-Çekingen KB	0.47**
	SCID II-Çekingen KB	0.62**
	KIÖ KTF-Çekingen KB	0.32**
EPBE-KBF Bağımlı KB	MMPI-Bağımlı KB	0.66**
	SCID II-Bağımlı KB	0.48**
	KIÖ KTF-Bağımlı KB	0.50**
EPBE-KBF Obsesif Kompulsif KB	MMPI-Obsesif Kompulsif KB	0.46**
	SCID II-Obsesif Kompulsif KB	0.41**
	KIÖ KTF-Obsesif Kompulsif KB	0.45**

*p<0.05, **p<0.01

abilmesi (38) amacıyla bütün alt ölçekler için varimax döndürmesi yöntemi kullanılmıştır. Alt ölçeklerin özdeğeri 1'in üzerinde kaç faktörlü bir yapıda oldukları ve toplam varyans oranları bilgisine tablo 4'te yer verilmiştir. Ayrıca bütün alt ölçeklerin birbirleriyle olan korelasyonları da hesaplanmıştır ve tüm korelasyon katsayılarının p<0.01 düzeyinde anlamlı olduğu görülmüştür (Tablo 5).

Yaş grupları bulguları

Özgün EPBE'nin geçerlilik güvenilirlik çalışmaları 13-18 yaşları için yapılmıştır, ancak yeni öngörüler ergenlik yaşının 10-24 yaş olarak kabul edilmesi gerektiği (39) şeklindedir. Bu öngörü dikkate alınarak revizyon çalışması kapsamında yaş aralığı konusunda da değişikliğe gidilerek 13-24 yaş aralığındaki katılımcılardan veri toplanmıştır. Veriler 13-18 ve 19-24 yaş aralığı olmak üzere iki gruba ayrılmış ve iki grubun ortalamaları arasında

Tablo 4. EPBE-KBF alt ölçeklerinin faktör yapıları, faktör yükleri ve varyans oranları

EPBE-KBF Alt Ölçekleri	Alt Ölçeklerin Faktör Yapısı ve Faktör Yükleri	Özdeğer	A.T.(%)	T.V.(%)
Paranoid KB.	F1 m4 m28 m33 m53 m84 m88	3.13	34.81	46.06
	F.Y. 0.73 0.76 0.71 0.60 0.43 0.51			
	F2 m43 m49 m89	1.01	11.25	
	F.Y. 0.46 0.76 0.70			
Şizoid KB.	F1 m1 m10 m20 m47 m52 m55 m61	2.88	41.10	41.10
	F.Y. 0.47 0.69 0.61 0.70 0.53 0.70 0.58			
Şizotipal KB.	F1 m38 m46 m48 m69	2.67	33.34	63.17
	F.Y. 0.76 0.73 0.73 0.61			
	F2 m2 m60	1.37	17.10	
	F.Y. 0.83 0.79			
	F3 m44 m80	1.02	12.73	
	F.Y. 0.87 0.84			
Davranım Boz.	F1 m6 m19 m25 m77 m81 m85	3.76	31.35	49.86
	F.Y. 0.63 0.73 0.68 0.49 0.48 0.51			
	F2 m51 m63 m67	1.14	9.53	
	F.Y. 0.53 0.79 0.80			
	F3 m31 m54 m65	1.08	9.00	
	F.Y. 0.65 0.36 0.77			
Borderline KB.	F1 m13 m17 m23 m42 m57	2.45	35.02	49.38
	F.Y. 0.58 0.73 0.79 0.33 0.77			
	F2 m7 m36	1.00	14.37	
	F.Y. 0.74 0.78			
Histriyonik KB.	F1 m5 m12 m18 m30 m45 m73 m78	3.28	32.77	56.64
	F.Y. 0.51 0.72 0.70 0.77 0.70 0.42 0.67			
	F2 m29 m57	1.38	9.30	
	F.Y. 0.75 0.73			
	F3 m37	1.00	9.30	
	F.Y. 0.75			
Narsisistik KB.	F1 m3 m11 m12 m30 m34 m45 m78	4.60	35.41	45.53
	F.Y. 0.54 0.60 0.74 0.70 0.54 0.73 0.72			
	F2 m21 m24 m56 m70 m72 m82	1.32	10.12	
	F.Y. 0.45 0.56 0.78 0.67 0.53 0.60			
Çekingen KB.	F1 m9 m15 m26 m32 m41 m47 m58 m62 m87	5.09	42.37	52.10
	F.Y. 0.64 0.60 0.71 0.62 0.63 0.60 0.66 0.41 0.67			
	F2 m39 m68 m74	1.17	9.72	
	F.Y. 0.82 0.70 0.83			
Bağımlı KB.	F1 m39 m62 m64 m68 m71 m76 m79 m86	3.64	33.10	43.87
	F.Y. 0.70 0.54 0.49 0.73 0.56 0.48 0.59 0.57			
	F2 m14 m29 m36	1.19	10.78	
	F.Y. 0.70 0.70 0.68			
Ob. Komp. KB.	F1 m8 m16 m35 m40 m66	3.09	30.10	53.14
	F.Y. 0.56 0.74 0.48 0.72 0.45			
	F2 m50 m75 m83	1.22	12.23	
	F.Y. 0.53 0.60 0.82			
	F3 m27 m52	1.00	10.03	
	F.Y. 0.73 0.73			

A.V.: Açıklama Varyansı, T.V.: Toplam Varyans, F.: Faktör, F.Y.: Faktör Yüktü, m.: Madde Numarası

anamlı bir farklılığın olup olmadığının sınıması için bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Uygulanan t testi sonucuna göre davranım bozukluğu, histriyonik KB ve obsesif-kompulsif KB dışındaki bütün alt ölçeklerde 13-18 ve 19-24 yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 6). Bu sonuç EPBE-KBF'nin bu üç bozukluk için yaş normları dikkate alınarak uygulanması koşuluyla 19-24 yaş grubuna da uygulanabileceğini göstermektedir.

Ayrıca bu çalışmada elde edilen veriler kişilik bozukluklarının sıklıklarının belirlenmesi amacıyla da kullanılmıştır. EPBE-KBF alt ölçeklerinin her birinin bir standart sapma ve iki standart sapma üzerinde yer alan katılımcı sayıları belirlenerek yüzdelik karşılıkları hesaplanmıştır. Bir standart sapma üzeri puanların kişilik bozukluklarına olan eğilimi, iki standart sapma üzerindeki puanların ise bozukluğu tespit etmeye katkı sunacağı düşünülmektedir. EPBE-KBF alt ölçeklerinin iki standart sapma üzerindeki puanları dikkate alındığında kişilik bozuklukları sıklıkları paranoid KB'de %3.26, şizoid KB'de %3.75, şizotipal KB'de %3.38, davranım bozukluğu %5.07, borderline KB'de %3.63, histriyonik KB'de %3.14, narsistik KB'de %3.50, çekingen KB'de %5.56, bağımlı KB'de %4.84 ve obsesif-kompulsif KB'de ise %2.54 olarak tespit edilmiştir.

TARTIŞMA

Bu çalışma EPBE'nin revizyon çalışmasının ikinci bölümü olup EPBE-KBF'nin geçerlilik ve güvenilirliğinin gerçekleştirilmesi amacıyla yapılmıştır. Bu revizyon çalışmaları, EPBE'den iki

ayrı ölçek oluşturulması yoluyla özgün EPBE'deki soru sayısının azaltılması ve ölçeğe kolaylıkla uygulanabilir bir niteliğin kazandırılması hedeflenmiştir. Ayrıca çalışmada toplanan veriler kullanılarak kişilik bozukluklarının ergenlerde görülme sıklığı da incelenmiştir.

Özgün EPBE ve EPBE-PBF'de olduğu gibi EPBE-KBF'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında da yüksek sayıda katılımcıya uygulama yapılmış (özgün form için 1953, EPBE-PBF için 812 ve EPBE-KBF için 827) ve her biri ayrı örneklem grubuyla gerçekleştirilen üç çalışmada da ölçeklerin güvenilirlik ve geçerlilik açısından güçlü psikometrik kanıtlara sahip olduğu görülmüştür. EPBE-KBF'nin güvenilirlik çalışması kapsamında tüm alt ölçeklerin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ve madde-toplam puan korelasyonları hesaplanmış ve tüm alt ölçeklerde Cronbach alfa katsayıları 0.70 ve üzerinde bulunmuştur. Bu sonuçlar ölçekler için beklenen alt sınır olan .70'in üzerinde olmaları gerektiği bakış açısıyla uyumludur (38). Madde-toplam puan korelasyonları ise tüm alt ölçekler için 0.30'un üzerindedir. Test-tekrar test sınavında ise, korelasyon katsayılarının tüm alt ölçekler için pozitif yönde ve $p < 0.01$ düzeyinde anlamlı olduğu görülmüştür.

Ölçüt bağıntılı geçerlilik kapsamında uygulanan MMPI, SCID II ve KIÖ-KTF ile EPBE-KBF'nin alt ölçekleri arasında pozitif yönde anlamlı korelasyonlar saptanmıştır. Sadece SCID II-KA Şizoid alt ölçeğiyle EPBE-Şizoid alt ölçeği arasında ilişki bulunamamıştır. Bu durumun SCID-II-KA'nın DSM III-R referanslı, EPBE KBF'nin ise DSM-5 referanslı olmasından yani iki DSM'nin tanı kriter-

Tablo 5. Alt ölçekler arası korelasyon katsayıları

EPBE-KBF Alt Ölçekleri	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Paranoid KB	-								
2. ŞizoidKB	0.49**	-							
3. Şizotipal KB	0.66**	0.48**	-						
4. Davranım Bozukluğu	0.49**	0.33**	0.42**	-					
5. BorderlineKB	0.64**	0.35**	0.58**	0.50**	-				
6. Histriyonik KB	0.47**	0.09*	0.38**	0.36**	0.58**	-			
7. Narsistik KB	0.50**	0.17**	0.39**	0.44**	0.50**	0.86**	-		
8. Çekingen KB	0.54**	0.67**	0.51**	0.28**	0.43**	0.18**	0.21**	-	
9. Bağımlı KB	0.50**	0.45**	0.52**	0.31**	0.56**	0.35**	0.30**	0.77**	-
10. Obsesif Kompulsif	0.44**	0.33**	0.37**	0.14**	0.36**	0.35**	0.34**	0.35**	0.32**

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Tablo 6. Yaş gruplarına göre EPBE-KBF alt ölçek puanlarının ortalamalarının karşılaştırılması

EPBE-KBF Alt Ölçekleri	Yaş Grupları	N	Ort.±SS	t	p
Paranoid KB	13-18	248	18.19±5.25	-0.23	0.82
	19-24	579	18.28±5.50		
Şizoid KB	13-18	248	13.50±4.21	0.60	0.95
	19-24	579	13.48±4.30		
Şizotipal KB	13-18	248	15.05±4.28	-0.39	0.70
	19-24	579	15.18±4.63		
Davranım Bozukluğu	13-18	248	16.88±4.40	3.19	0.00
	19-24	579	15.85±4.20		
Borderline KB	13-18	248	17.98±4.78	0.08	0.93
	19-24	579	17.96±4.70		
Histriyonik KB	13-18	248	23.16±6.42	-2.95	0.00
	19-24	579	23.56±6.17		
Narsisistik KB	13-18	248	28.13±8.85	-0.67	0.50
	19-24	579	28.56±8.32		
Çekingen KB	13-18	248	21.86±9.00	-0.33	0.74
	19-24	579	22.05±8.32		
Bağımlı KB	13-18	248	20.07±6.00	-1.25	0.21
	19-24	579	20.65±6.20		
Obsesif Kompulsif KB	13-18	248	25.38±5.77	-4.72	0.00
	19-24	579	27.60±6.34		

leri açısından farklılıklar göstermesinden kaynaklandığı söylenebilir. Ayrıca SCID II-KA Şizoid alt ölçeği maddeleri incelendiğinde DSM 5 tanı kriterlerini karşılayacak yeterlilikte olmadığı ve diğer alt ölçeklere kıyasla en az soru sayısına sahip alt ölçek olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda ergenlik döneminin uzadığı (23) tezinden hareketle katılımcı yaşı 24 yaşa kadar genişletilerek 13-18 yaş için hazırlanmış olan ölçeğin 19-24 yaş grubu için de geçerlilik ve güvenilirliklerinin gerçekleştirilmesi sağlanmıştır. Bu bağlamda, uygulama grubumuz 13-18 ve 19-24 yaş olmak üzere iki gruba ayrılmış ve yapılan bağımsız örneklem t testi sonucuna göre 13-18 yaş grubunda davranım bozukluğu lehine, histriyonik ve obsesif-kompulsif KB'lerde ise 19-24 yaş grubu lehine anlamlı sonuçlar elde edilirken diğer alt ölçekler için iki grup arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir. Davranım bozukluğunda 13-18 yaş grubu lehine görülen bu fark davranım bozukluğu tanı kriterlerinin 18 yaşa kadar geçerli olması ile ilgili olabilirken histriyonik ve obsesif-kompulsif KB'nin lehine görülen fark ise, patolojik özelliklerin yaş ilerledikçe daha belirgin bir hale gelmesiyle ilgili olması muhtemeldir (15). Bu nedenle bu üç alt ölçekle ilgili değerlendirme yapılırken yaş normlarının dikkate alınması gerektiği söylenebilir. Ayrıca ölçeğin hem yaş normlarının hem de cinsiyet normlarının daha büyük bir örneklem grubuyla belirlenmesinin

yararlı olacağı düşünülerek bir sonraki çalışmanın bu yönde yapılması planlanmaktadır.

Ölçeğimiz profil indeksli bir ölçek olduğundan, yapı geçerliliği için gerçekleştirilen analizlerde her alt ölçek kendi içinde açıklayıcı faktör analizine tabi tutulmuştur. Oluşan faktör yapıları incelendiğinde, her bir alt ölçekte DSM 5'te yer alan kriterlerin kümelenmesi yoluyla bir veya birkaç faktörlü bir yapılanmanın söz konusu olduğu görülmektedir. Örneğin, Paranoid KB'de iki faktörlü bir yapı gözlenmiştir. İlk faktörde başkaları tarafından sömürüleceği ve kötülük göreceği korkuları ile yakınlarının güvenilirliklerini sorgulama, ikinci faktörde ise kin besleme ve diğerlerinden gelen davranışları saldırı olarak algılayıp karşılık verme örüntüleri yer almaktadır. Üç faktörlü bir yapıya sahip olan Histriyonik KB'de birinci faktörde ilgi çekme, abartılı ve rahat davranışlar, ikinci faktörde etki altında kalma ve duygularda dalgalanma, üçüncü faktörde ise yapmacık davranışların kümelendiği üç faktörlü bir yapı gözlenmiştir. Çekingen KB'de görülen iki faktörlü yapının ilk faktöründe ilişkiden kaçınma, eleştirilme ve dışlanma korkuları ikinci faktörde ise beceriksizlik ve yetersizlik duyguları bulunmaktadır.

Yurtdışında ergenlik döneminde görülen kişilik bozukluklarına ve bunların tespitine yönelik

oldukça çok sayıda çalışma bulunmasına rağmen henüz ülkemizde ergenlerdeki kişilik bozuklukları konusunu ele alan çalışmalar bulunmamaktadır. İlgili literatür incelendiğinde ülkemizde ergenlerde görülen kişilik bozukluklarının sıklığına dair yapılmış sadece bir çalışmaya rastlanmıştır. 12-18 yaş arası 1079 ergenin belirti ve tanısız yönden geriye dönük incelendiği bu çalışmada hangi kişilik bozukluğu olduğu belirtilmesine de 203 olgunun (%18.81) Eksen II tanısı aldığı belirtilmiştir (39). Bu durumun yani ergenlerde görülen kişilik bozukluklarının hem sıklık hem risk faktörleri açısından incelenmemesinin en önemli nedenlerinden birisinin bu alanda geçerli ve güvenilir bir ölçeğin bulunmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. DSM 5'te belirtildiği gibi kişilik bozukluğu örüntüsünün başlangıcı ergenlik ya da erken erişkinlik yaşlarıdır (5). Bu örüntünün erken dönemde fark edilmesi ve müdahale edilmesi, kişilik bozukluğunun sürekliliğini ve/veya şiddetini azaltmaya ve ikincil psikopatolojilerin ortaya çıkmasının önlenmesine ve psikososyal yetersizliğin azaltılmasına yardımcı olabilir. Bu yüzden erken evrede kişilik bozukluğunun yakalanması ve uygun tedavilerin ele alınması konulu araştırmalar gittikçe artmaktadır (40). Ayrıca kişilik bozukluklarının yetişkin yaşlarda sosyal ve toplumsal uyumdaki bozucu doğası göz önüne alındığında erken tanılanmanın ne kadar önemli olduğu fark edilecektir (7,16).

Çalışmamızda ayrıca kişilik bozuklukları sıklıkları da incelenmiş ve özellikle 2 standart sapma üzerinden elde ettiğimiz verilerin yurt dışında yapılan çalışmalarla benzerlik gösterdiği görülmüştür (41-44). Elde edilen sıklık oranları %2.54 ila %5.56 arasında değişmektedir, yurt dışı çalışmalarda da benzer oranlar görülmekle birlikte bazı farklılıklar da bulunmaktadır. Örneğin bu çalışmada en yüksek oran çekingen KB'de saptanırken yurt dışı çalışmalarda daha çok borderline KB'nin yüksek bir oranda görüldüğü tespit edilmiştir. Bu durumun kültürel farklılıklardan kaynaklı bir sonuç olduğu söylenebilir. Bu yüzden ülkemizde de sıklık çalışmalarının artırılması ülkemizdeki kişilik bozuklukları örüntüsünün tespitine katkı sağlayacaktır.

EPBE-KBF'nin ülkemizdeki kişilik bozuklukları ölçeği konusundaki boşluğu dolduracağı ve hem

linik ortamlarda kişilik bozukluklarının değerlendirilmesine katkı sağlayabileceği hem de kişilik bozukluklarının sıklığına veya kalıtım, aile işlevleri, güvensiz bağlanma, ihmal ve istismar öyküsü vb.risk etmenlerine (45-48) dair yapılacak araştırma çalışmalarında kullanılabilmesi düşünülmektedir.

Bu çalışmanın en önemli sınırlılığı EPBE-KBF'nin klinik örnekleme sinanmamış olmasıdır. Yapılacak yeni çalışmalarla bu eksikliğin giderilmesi düşünülmektedir. EPBE-KBF psikometrik anlamda güçlü veriler sunmasına rağmen ölçek geliştirilmesinin uzun soluklu bir çalışma gerektirdiği de bilinmektedir. Ancak bu çalışma başta olmak üzere EPBE özgün form geliştirme çalışmasından ve EPBE-PBF'den elde edilen veriler dikkate alındığında ölçeğin kabul edilebilir düzeyde güçlü psikometrik özelliklere sahip olduğu ve hastane, klinik, okul vb. uygulama alanlarında veya araştırmalarda kullanılabilmesi düşünülmektedir.

Yazışma adresi: Dr. Öğr. Üyesi Yıldız Bilge Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yaşam Bilimleri Fakültesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul yildiz.bilge@sbu.edu.tr

KAYNAKLAR

1. Kazdin AE. Encyclopedia of Psychology. 8 Volume Set. New York: Oxford University Press 2000.
2. McAdams DP. A conceptual history of personality psychology. In Handbook of personality psychology, Pennsylvania: Pennsylvania State University Press, 1997; 3-39.
3. Farrington DP, Jolliffe D. Personality and crime in International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences 2001:11260-11264.
4. Köroğlu E, Bayraktar S. Kişilik Bozuklukları. Ankara: HYB Yayınları, 2007.
5. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal Elkitabı, beşinci baskı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. E Köroğlu (Çev. Ed.), Ankara: Hekimler Yayın Birliği 2013.
6. Kernberg PF, Weiner AS, Bardenstein KK. Personality Disorders in Children and Adolescents. New York: Basic Books, 2000.
7. Newton-Howes G, Clark LA, Chanan A. Personality disorder across the life course. Lancet 2015; 385:727-734.
8. Cohen P. Child development and personality disorder. Psychiatric Clinics 2008; 31: 477-493.
9. Durrett C, Westen D. The structure of axis II disorders in adolescents: a cluster-and factor-analytic investigation of DSM-IV categories and criteria. Journal of Personality Disorders 2005; 19:440-461.
10. Lenkiewicz K, Srebnicki T, Bryńska A. Personality disorders in adolescence. Psychiatr. Pol 2015; 49:757-764.
11. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. Archives of General Psychiatry 2003; 60:709-717.
12. Paris J. Personality disorders begin in adolescence. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry 2013; 22:195-196.
13. Bernstein DP, Cohen P, Skodol A, Bezirgianian S, Brook JS. Childhood antecedents of adolescent personality disorders. The American journal of psychiatry, 1996; 153: 907-1009.
14. Coolidge FL, Den Boer JW, Segal DL. Personality and neuropsychological correlates of bullying behavior. Personality and Individual differences 2004; 36: 1559-1569.
15. Shiner RL, Tackett JL. PDs in children and adolescents. In: Mash EJ, Barkley RA, editors. Child Psychopathology. 3rd. New York, NY: Guilford Press; 2014: 848-896.
16. Chanan AM, Jovev M, McCutcheon LK, Jackson HJ, McGorry PD. Borderline personality disorder in young people and the prospects for prevention and early intervention. Current Psychiatry Reviews 2008; 4:48-57.
17. Butcher JN, Williams CL, Graham JR, Archer RP, Tellegen A, Ben-Porath YS., et al. MMPI-A (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent): Manual for administration, scoring, and interpretation. Minneapolis: University of Minnesota Press 1992.
18. Millon T, Millon C, Davis R. Millon adolescent clinical inventory manual. Minneapolis, MN: National Computer Systems, 1993.
19. Forth A, Kosson D, Hare R. The Hare Psychopathy Checklist: Youth Version, Technical Manual. New York: Multi-Health Systems Inc., 2003.
20. Coolidge FL, Thede LL, Stewart SE, Segal DL. The Coolidge Personality and Neuropsychological Inventory for Children (CPNI) Preliminary Psychometric Characteristics. Behavior modification 2002; 26: 550-566.
21. Bilge Y, Kulaksızoğlu A. Yeni Bir Ölçek: Ergenler İçin Psikolojik Bozukluklar Envanteri'nin Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi 2017; 10:442-458.
22. Bilge Y. Ergenler için Psikolojik Bozukluklar Envanterinin revizyon çalışması-I: Psikolojik Bozukluklar Formu. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2018; 19: 49-58.
23. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. Lancet Child Adolesc Health 2018; S2352-4642:1-6.
24. Erkuş A. Davranış Bilimleri İçin Bilimsel Araştırma Süreci. Kağıt Kaleme Dayanan Veri Toplama Araçları. Ankara: Seçkin Yayınevi, 2013.
25. Kline P. An easy guide to factor analysis. New York: Routledge, 1994.
26. Hathaway SR, McKinley JC. A Multiphasic personality schedule (Minnesota): I. Construction of the Schedule. J Psychol, 1940;10:249-254.
27. Savaşır I. Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri-Elkitabı (Türk Standardizasyonu). Ankara: Sevinç Matbaası; 1981.
28. Erol N. Ülkemizde psikiyatrik hastalarda Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanterinin geçerlik araştırması. Doktora Tezi. AÜ. DTCF Psikoloji Kürsüsü; 1982.
29. Ceyhan B, Oral N. MMPI Değerlendirme Kitabı. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi, 1998.
30. Beck AT, Beck JS. The Personality Belief Questionnaire. Unpublished assessment instrument. The Beck Institute for Cognitive Therapy and Research, Pennsylvania: Bala Cynwyd, 1991.
31. Türkçapar MH, Örsel S, Uğurlu M, Sargın E, Turhan M, Akkoyunlu S, Hatıloğlu U, Karakaş G. Kişilik İnanç Ölçeği Türkçe Formunun geçerlik ve güvenilirliği. Klinik Psikiyatri Dergisi 2007;10:177-191.
32. Butler AC, Beck AT, Cohen LH. The personality belief questionnaire-short form: Development and preliminary findings. Cognitive Therapy and Research, 2007; 31:357-370.
33. Taymur İ, Türkçapar MH, Örsel S, Sargın E, Akkoyunlu S. Kişilik İnanç Ölçeği-Kısa Formunun (KİÖ-KF) Türkçe çevirisinin üniversite öğrencilerinde geçerlilik, güvenilirliği. Klinik Psikiyatri, 2011;14:199-209.
34. Butler AC, Brown GK, Beck AT, Grisham JR. Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. Behaviour research and therapy, 2002;40:1231-1240.

35. Spitzer RL, Williams J. Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II). New York Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, 1985.
36. Coşkunol H, Bağdiken İ, Sorias S. "SCID-II (Türkçe versiyonu) görüşmesinin kişilik bozukluklarındaki güvenilirliği", *Türk Psikoloji Dergisi* 1994;9:26-29.
37. Sorias S, Saygılı R, Elbi H. DSM-III-R yapılandırılmış klinik görüşmesi Türkçe versiyonu SCID-II kişilik bozuklukları formu, Bornova, İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi, 1990.
38. Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı. Yedinci baskı, Ankara: Pegem Yayıncılık, 2007.
39. Görker I, Korkmazlar Ü, Durukan M, Aydoğdu A. Çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran ergenlerde belirti ve tanı dağılımı. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2004;7:103-10.
40. Chanen AM, Thompson KN. Early intervention for personality disorder. *Current Opinion in Psychology*, 2018;21:132-135.
41. Westen D, Shedler J, Durrett C, Glass S, Martens A. Personality diagnoses in adolescence: DSM-IV Axis II diagnoses and an empirically derived alternative. *American Journal of Psychiatry* 2003;160:952-966.
42. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Skodol AE, Oldham JM. Cumulative prevalence of personality disorders between adolescence and adulthood. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2008;118:410-413.
43. Johnson JG, Cohen P, Smailes E, Kasen S, Oldham JM, Skodol AE, Brook JS. Adolescent personality disorders associated with violence and criminal behavior during adolescence and early adulthood. *American Journal of Psychiatry* 2000; 157: 1406-1412.
44. Grilo CM, McGlashan TH, Quinlan DM, Walker ML, Greenfeld D, Edell WS. Frequency of personality disorders in two age cohorts of psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry* 1998;155:140-142.
45. Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of general psychiatry* 1999; 56: 600-606.
46. Johnson JG, Cohen P, Smailes EM, Skodol AE, Brown J, Oldham JM. Childhood verbal abuse and risk for personality disorders during adolescence and early adulthood. *Comprehensive psychiatry* 2001;42:16-23.
47. Distel MA, Trull TJ, Derom CA, Thiery EW, Grimmer MA, Martin NG, Willemsen G, Boomsma DI: Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. *Psychol Med.* 2008; 38:1219-1229.
48. Cohen P, Crawford TN, Johnson JG, Kasen S. The children in the community study of developmental course of personality disorder. *Journal of personality disorders* 2005;19:466-486.

Suçta itilmiş ergenlerde ebeveyn tutumu ve çocukluk çağı travmalarının belirlenmesi

The determination of parent attitude and childhood trauma in adolescent pushed into crime

Nalan Gördeles Beşer¹, Leyla Baysan Arabacı², Gülçin Uzunoğlu³, Öznur Bilaç⁴, Erol Ozan⁵

¹Dr. Öğr. Üyesi, Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Niğde Zübeyde Hanım Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği AD, Niğde Türkiye <https://orcid.org/0000-0001-6054-0437>

²Doç.Dr., İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği AD, İzmir Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-0314-6350>

³Hem., Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi AD, Manisa Türkiye <https://orcid.org/0000-0001-5948-5223>

⁴Uzm.Dr., Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi AD, Manisa Türkiye <https://orcid.org/0000-0001-8369-6215>

⁵Doç.Dr., Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Manisa Türkiye <https://orcid.org/0000-0001-5860-2803>

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, adli değerlendirme amacıyla çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine gelen suçta sürüklenen ergenlerde ebeveyn tutumu ve çocukluk çağı travmalarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı kesitsel tipteki bu çalışmanın örneklemini; çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğine ebeveyni ile gelen, suçta itilmiş, 13-18 yaş arası 45 ergen oluşturmuştur. Veriler, Tanıtıcı Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistikler, Mann-Whitney-U, Kruskal Wallis Varyans analizi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırmaya katılan ergenlerin %84.4'ü 15-17 yaş grubunda olup, %60.0'ı erkek ve %57.8'i okula devam edememektedir. Ergenlerin travma ölçeği puan ortalaması 54.42 ± 7.53 (orta) olarak bulunmuştur. Okula devam edemeyenlerin, babası ile iletişimini kötü olarak değerlendirenlerin cinsel istismar, aileleri ile birlikte yaşayanların fiziksel istismar, ilkökul mezunu olanların fiziksel ihmal, babası ilgisiz kayıtsız bir tutum sergileyenlerin duygusal istismar, annesi dengesiz ve tutarsız tutum sergileyenler ile üç ve daha fazla kardeşe sahip olanların ise duygusal ihmal puan ortancalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). **Sonuç:** Suçta sürüklenen ergenler orta düzeyde çocukluk çağı travması deneyimlemiştir. Baskıcı-ilgisiz ebeveyn tutumu, okula devam edememe, baba ile iletişimin kötü olması, kalabalık ailede olma, çocukluktan itibaren psikiyatrik tanıya sahip olma durumları çocukluk çağı ruhsal travmalarının yordayıcısıdır.

Anahtar Sözcükler: Suçta sürüklenme, ruh sağlığı, ebeveyn tutumu, çocukluk çağı travmaları

(*Klinik Psikiyatri* 2019;22:219-227)

DOI: 10.5505/kpd.2019.94834

SUMMARY

Objective: This study was conducted to determine parent attitude and childhood traumas of adolescents pushed into crime who came to the policlinic of child and adolescent psychiatry for judicial evaluation. **Method:** Of this descriptive cross-sectional study sample was included 45 adolescents aged between 13 and 18 years, came with their parents to the psychiatric outpatient clinic of child, pushed into crime. Data were collected with Introductory Information Form, Childhood Trauma Questionnaire, Parents Attitude Research Instrument Scale. To evaluation of the data, descriptive statistics, Mann-Whitney-U, Kruskal Wallis Variance analysis and Pearson correlation analysis were used. **Results:** 84.4 % of adolescent who joined the research were 15-17 age, 60.0% of them were male and 57.8% of them were not able to continue schooling. The mean of trauma questionnaire of adolescent was found 54.42 ± 7.53 (middle). It was found that sexual abuse's median points of adolescent who were unable to continue schooling, had a poor communication with father, and physical abuse's median points of adolescent who lived with their family, and physical neglect's median points of adolescent who graduated from primary school, and emotional abuse's median points of adolescent whose father showed irrelevant attitude, and emotional neglects' median points of adolescent who have three or more sisters/brothers, whose mothers showed unbalanced and inconsistent attitude were higher than other's significantly ($p < 0.05$). **Discussion:** Adolescent who pushed into crime experienced middle level childhood trauma. The repressive-irrelevant parental attitude, unable to continue schooling, poor communication with the father, being in the crowded family, having psychiatric diagnosis from childhood are predictors of childhood mental trauma.

Key Words: Pushed to crime, mental health, parental attitude, childhood trauma

GİRİŞ

Suç; Türk Dil Kurumu tarafından “ahlak kurallarına aykırı davranış” (1), Türk Ceza Kanunu’na göre ise; “yasalara aykırı davranış, cürüm” (2) olarak tanımlanmaktadır. Suç, insanlık tarihinde yüzyıllardır toplumların nedenleri üzerinde durdukları ve ona karşı insanları korumak için önlemler aldıkları toplumsal bir sorundur. Suçun nedenleri incelendiğinde kalıtsal etkenlerin, psikiyatrik sorunların, beden kusurlarının, daha da önemlisi olumsuz çevre koşullarının, olumsuz ebeveyn tutumlarının, aile içinde yaşanan olumsuzlukların suça yatkınlığı artırdığı bilinmektedir (3,4,5,6). Söz konusu bu olumsuz koşullar büyüme ve gelişimi devam eden, kimlik kazanmaya ve topluma uyum sağlamaya çalışan, duygusal ve ruhsal olarak sıkıntılı anlar yaşayan ergenleri çok daha fazla etkilemektedir. Diğer taraftan; çocukluk çağında yaşanan stresli yaşantılar, erken çocukluk dönemi travmaları, ergenin ruhsal ve sosyal olarak sorun yaşamasına neden olmaktadır. Çünkü ergen, erken travma yaşantısı ile ilişkili olarak tekrar tekrar duygusal tepkiler yaşayabilmektedir. Bu yaşantılar onlarda dürtüsel davranışlar oluşmasına, benlik algılarının bozulmasına ve sonuç olarak da serbest ve kontrolsüz hareket örüntüleri yani suç davranışları geliştirmelerine neden olabilmektedir (7,8,9,10,11). Bu alanda yapılan çalışmalar da bu görüşü destekler niteliktedir. Pelcovitz ve arkadaşları (2000) davranış bozukluklarının nedenlerini belirlemek için yaptıkları çalışmalarında, istismar edilen çocukların %60’ı, kardeşlerinin %40’ında davranış sorunları bulunduğunu ifade etmiştir (12). Aksoy ve Ögel (2003)’ün yaptıkları çalışmada, kendine zarar verme davranışının, cinsel istismara, fiziksel istismara ve ihmale maruz kalma ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (13). Afşin ve meslektaşlarının (2018) yaptığı bir çalışmada ise, anne tutumu demokratik ve hoşgörülü olan çocuklarda suça sürüklenme oranı anne tutumu ihmalkâr olanlardan anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur (14). Benzer şekilde Haapasalo ve Pokelo (1999)’un yaptığı çalışmada olumsuz ebeveyn tutumlarına (cezalandırıcı, otoriter, izin verici, ihmalkâr, vs.) maruz kalan çocukların yaşamlarının ilerleyen yıllarında saldırgan ve suç işlemeye meyilli oldukları belirlenmiştir (15). Bu bağlamda; ergenlerin suçlu bireyler olmadığı, suça itildikleri söylenebilir. Bu nedenle, ergenlerde suçu

değerlendirme ve cezalandırma yetişkinlerde olduğu gibi olmamalıdır. Ergenlerde ceza sorumluluğu değerlendirilirken, psikiyatrik bozukluklar, zekâ gerilikleri, 5237 sayılı TCK’nın 31. maddesine göre yaş küçüklüğü ve aynı kanunun 34. maddesinde yer alan geçici nedenler araştırılmalıdır. Ergenlerde “eylemin hukuksal anlam ve sonuçlarını algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneği” konusunda bir karar verilmenden önce, adli psikiyatrik değerlendirme yapılması gerekmektedir (2). Adli psikiyatrik değerlendirme, ergenin işlediği iddia edilen suçun hukuksal anlam ve sonuçlarını algılayabilme, davranışlarını yönlendirebilme yetisini etkileyen beden ve ruh sağlığı ile ilgili sorunları/bozuklukları, erken çocukluk travmalarını tanılamayı, ergenin suça itilmesinde etkin rol oynayan nedenleri saptamayı gerektirmektedir. Bu tespiti yapabilmek, bu faktörlere yönelik önlemlerin zamanında alınmasına ve ergenin topluma kazandırılmasına olanak sağlayacaktır. Bu bilgiler ışığında, ceza sorumluluğu olmayan ve önleme kararı ile psikiyatri hastanelerinde tedavi altına alınan ergenlerin çocukluk travmalarının belirlenmesi, ruhsal bozukluğun yanısıra çocukluk travmalarına yönelik de gerekli tedavi prosedürlerinin geliştirilmesine olanak sunarak, onların sağlıklı ve uyumlu bireyler olarak yeniden topluma katılmalarına katkı sağlayacaktır.

YÖNTEM

Adli değerlendirme amacıyla çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine gelen, suça sürüklenen ergenlerde çocukluk travmalarını belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı-kesitsel tipte bir araştırmadır. Bir Bölge Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’nde Nisan 2017 ile Nisan 2018 tarihleri arasında çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğine adli olarak değerlendirilmek üzere gelen suça sürüklenen, 13-18 yaş arası 73 ergen araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Ayrıca örneklem seçimine gidilmemiş, araştırmaya katılmayı kabul eden, ebeveyni ile gelen ve formları tam olarak dolduran 45 ergen araştırma örneklemine alınmıştır. Çalışma verileri, “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği” ve “Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği” ile toplanmıştır. Araştırma, etik kurul onayı (Bir üniversitenin Girişimsel Olmayan Etik Kurul’undan 26.04.2017

tarifli 20.478. 406 sayılı) ve ilgili hastanenin bağlı bulunduğu Kamu Hastaneler Birliği ve hastane yönetiminden yazılı izinler alındıktan sonra başlatılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Tanıttıcı Bilgi Formu (TBF): Araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak hazırlanan, ergenin sosyo-demografik özelliklerini, aile özelliklerini ve çevresi ile iletişimini değerlendiren açık ve kapalı uçlu 23 sorudan oluşmaktadır.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ): Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin, Türkçe uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şar ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmıştır. Yirmi sekiz maddeden oluşan 5'li Likert tipi ölçekten, çocukluk çağı cinsel, fiziksel, duygusal istismarı ile duygusal ve fiziksel ihmali konu alan beş alt boyut puanı ve bunların birleşiminden oluşan toplam puan elde edilmektedir. Ölçekte total travma puanı 5-125 arasında, alt ölçek puanları ise 5-25 arasında değişmektedir. Yüksek puan daha fazla çocukluk travmasına maruz kalındığı anlamına gelmektedir. Ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa değeri Türkçe uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında tüm katılımcılardan oluşan grup için (N=123) 0,93, Guttman yarım test katsayısı ise 0,97 bulunmuştur. Ölçeğin toplam puanının iki hafta ara ile klinik olan ve olmayan katılımcılar üzerinde yapılan test-tekrar test korelasyon katsayısı 0,90 (p<0,001) bulunmuştur (16). Bu örneklem grubu için cronbach alfa güvenilirlik değeri 0.73'tür.

Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (AHÇYTÖ): Orijinal adı Parental Attitude Research Instrument (PARI) olan AHÇYTÖ, ana-babaların çocuk yetiştirme tutumlarını belirlemek amacıyla Schaefer ve Bell (1958) tarafından geliştirilmiş ve LeCompte, LeCompte ve Özer (1978) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ana-babalara, çocuk ve gençlere uygulanabilen, 60 maddeden oluşan ve zaman sınırlaması olmayan ölçek, beş alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar, "Aşırı Annelik, Aşırı Kontrol, Müdahalecilik", "Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma", "Ev Kadınlığı Rolünü Reddetme", "Karı-Koca

Geçimsizliği ve "Baskı-Disiplin"dir. Boyutlardan elde edilen yüksek puanlar, yanıtlayanın o boyutta ifade edilen tutumu desteklediğini göstermektedir. Demokratik tutum ve eşitlik tanıma boyutu dışında diğer boyutlardan alınan yüksek puanlar olumsuz ebeveyn tutumuna işaret etmektedir (17).

Çalışmada, TBF ile ÇÇTÖ suça sürüklenen çocuklara ve AHÇYTÖ çocukların ailelerine uygulanmıştır.

İstatistiksel Değerlendirme

Veriler öncelikle aritmetik ortalama, ortanca, standart sapma ve yüzde dağılımı gibi tanımlayıcı istatistikler kullanılarak değerlendirilmiştir. Daha sonra bağımsız değişkenler ile ölçek puan ortalamaları, gruplar parametrik varsayımları yerine getirmediği için Mann-Whitney-U ve Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılarak, iki ölçek arasında ilişki ise Pearson Korelasyon testi ile analiz edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan ergenlerin %84.4'ü 15-17 yaş grubunda olup, %60.0'ı erkektir. Ergenlerin %57.8'i okula devam edemediğini, %53.3'ü ilkökul mezunu olduğunu ve %40.0'ı okul başarısının kötü olduğunu ifade etmiştir. Diğer taraftan ergenlerin %35.6'sı yaşamının büyük kısmını şehirde yaşadığını, %57.8'i gelir düzeyinin kötü olduğunu belirtmişlerdir. Ergenlerin sağlık durumları incelendiğinde; %88.9'unun herhangi fiziksel bir hastalığı olmadığı, ebeveynlerinden alınan verilere göre %57.8'inin dikkat eksikliği, davranım bozukluğu gibi tanısı çocuklukta konulan bir mental bozukluğa sahip olduğu saptanmıştır. Ergenlere itham edilen suç davranışları incelendiğinde; %42.2'sinin hırsızlık, %31.0'inin yaralama, %11.1'inin tehdit-kavga, %6.7'sinin cinsel saldırı ve %8.9'unun uyuşturucu madde bulundurma suçu ile itham edildiği saptanmıştır (Tablo 1).

Ergenlerin %64.4'ü annesinin, %48.9'u babasının ilkökul mezunu olduğu bildirilmiştir. Ergenlerin %91.1'i annesinin, %84.4'ü babasının sağ olduğu, %77.8'i annesi ile, %68.9'u babası ile beraber,

Tablo1: Suça İtilmiş Ergenlerin Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Yaş		
13-14	7	15,6
15-17	38	84,4
Cinsiyet		
Kadın	18	40,0
Erkek	27	60,0
Ergenin Eğitim Durumu		
Okur-yazar	4	8,9
İlkokul mezunu	24	53,3
Ortaokul mezunu	17	37,8
Ergenin Okula Devam Etme Durumu		
Okula Devam Edenler	19	42,2
Okula Devam Edemeyenler	26	57,8
Ergenin çalışma durumu		
Çalışanlar	1	2,2
Çalışmayanlar	44	97,8
Ergenin okul başarısı		
İyi	10	22,2
Orta	17	37,8
Kötü	18	40,0
Ergenin en uzun yaşadığı yerleşim yeri		
Köy-ilçe	15	33,3
Şehir	16	35,6
Büyükşehir	14	31,1
Ergenin sağlık güvencesi		
SGK (Emekli Sandığı, BAĞKUR, SSK)	30	66,7
Yeşil Kart	15	33,3
Ergenin gelir düzeyi		
Kötü	26	57,8
Orta	17	37,8
İyi	2	4,4
Ergenin kardeş sayısı		
Tek çocuk	4	8,9
Bir kardeşi olan	14	31,1
İki kardeşi olan	15	33,3
Üç ve fazla kardeşi olan	12	26,7
Ergenin fiziksel hastalığı olma durumu		
Herhangi bir fiziksel hastalığı olmayanlar	40	88,9
Diyabet (Şeker hastalığı)	2	4,4
Solunum sistemi hastalıkları (Astım, Bronsit, KOAH gibi)	3	6,6
Ergenin aldığı ruhsal tanı		
Anksiyete bozukluğu	1	2,2
Psikotik bozukluk	3	6,7
Affektif bozukluk	8	17,8
Alkol ve madde kullanım bozukluğu	7	15,6
Tanısı çocuklukta konulan bozukluklar	26	57,8
Ergenin itham edildiği suç		
Hırsızlık	19	42,2
Yaralama	14	31,1
Tehdit-kavga	5	11,1
Cinsel saldırı	3	6,7
Uyuşturucu bulundurma	4	8,9

%15.6'sı ise yetiştirme yurdunda yaşadığı tespit edilmiştir. Yüzde 11.1'i babasının alkol aldığını belirten ergenlerin, %11.1'i annesinin ve %17.8'i babasının bir psikiyatrik tanısı olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 2).

Ergenlerin ailesi ve çevresi ile etkileşimi incelendiğinde; %35.6'sı annesinin aşırı koruyucu, %26.7'si babasının dengesiz, kararsız, tutarsız tutum sergilediğini ifade ederken, %44.4'ü annesiyle, %44.4'ü babasıyla ve %51.1'i öğretmeni ile iletişiminin orta düzeyde olduğunu belirtmiştir (Tablo 3).

Ergenlerin çocukluk çağı travmaları ölçek puan ortalaması, alt ölçek puan ortalamaları, ortancaları ile ebeveynlerin Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçek alt boyut puan ortalaması ve ortancaları Tablo 4'te verilmiştir.

Ölçeklerin puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, ÇÇTÖ ile AHÇYTÖ'nin "Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma" alt boyutu arasında negatif yönde; "Baskı-Disiplin" alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 5).

Ergenlerin tanıtıcı özelliklerinin ÇÇTÖ toplam ve alt ölçekler üzerine etkisi incelenmiş ve okula devam edemeyen, babası ile iletişimini kötü olarak değerlendiren ve bir-iki kardeşe sahip olan ergenlerin cinsel istismar; babaları ve aileleri ile birlikte yaşayanların fiziksel istismar ve ilkökul mezunu olanların fiziksel ihmal puan ortancaları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Babasının ilgisiz-kayıtsız bir tutum sergilediğini belirten, sadece okur-yazar olan ergenlerin duygusal istismar; annesinin dengesiz ve tutarsız tutum sergilediğini belirten, üç veya daha fazla kardeşe sahip olan, psikiyatrik tanısı olan ergenlerin duygusal ihmal puan ortancaları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, babasının alkol aldığını ve babasının ilgisiz-kayıtsız tutum sergilediğini ifade eden ergenlerin ÇÇTÖ toplam puan ortancaları da anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Ergenlerin suç davranış eğilimleri/biçimleri ile çocukluk çağında yaşadıkları travma biçimleri

Tablo 2: Ergenin Ailesi İle İlgili Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı özellikler	Sayı	%
Annenin eğitim durumu		
Okur-yazar	6	13,3
İlkokul	29	64,4
Ortaokul	2	4,4
Lise	5	11,1
Bilinmiyor	3	6,7
Babanın eğitim durumu		
Okur-yazar	6	13,3
İlkokul	22	48,9
Ortaokul	4	8,9
Lise	7	15,6
Bilinmiyor	6	13,3
Annenin yaşama durumu		
Sağ	41	91,1
Ölü	4	8,9
Babanın yaşama durumu		
Sağ	38	84,4
Ölü	7	15,6
Anne ile birlikte yaşama		
Evet	35	77,8
Hayır	10	22,2
Baba ile birlikte yaşama		
Evet	31	68,9
Hayır	14	31,1
Ergenin yaşadığı yer ve birlikte yaşadığı kişiler		
Anne ve baba ile birlikte yaşayanlar	29	64,4
Anne ve baba ve büyük ebeveynler birlikte yaşayanlar	9	20,0
Yetişkinne yurtdında yaşayanlar	7	15,6
Babanın alkol kullanma durumu		
Evet	5	11,1
Hayır	40	88,9
Annenin psikiyatrik tanı alma durumu		
Var	5	11,1
Yok	40	88,9
Babanın psikiyatrik bir tanı alma durumu		
Var	8	17,8
Yok	37	82,2

(istismar ve ihmal durumları) arasındaki ilişkiye bakıldığında; yaralama ile suçlananların cinsel istismar; hırsızlık ile suçlananların fiziksel ve duygusal ihmal; cinsel saldırı ile suçlananların çocukluk çağı travma toplam puan ortancalarının daha yüksek olduğu saptanmış, ancak bu puan farklarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Suçta sürüklenen ergenlerin çocukluk çağı travmalarını ve ebeveynlerinin onlara olan tutumlarının değerlendirildiği bu çalışmada; çalışma kapsamına alınan ergenlerin çoğunluğunun erkek olduğu, ergenlerin ilkokulu bitirdikleri ya da okula devam etmedikleri, okul başarılarının ve gelir düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir. Türkiye

İstatistik Kurumunun 2016 verilerine göre güvenlik birimine 2015 yılında gelen veya getirilen çocukların %66,9'u erkek, %33,1'i ise kız çocuğu olduğu (18), yine suçta sürüklenen çocukların profillerinin değerlendirildiği çalışmalarda da suçta sürüklenen çocukların eğitim ve gelir düzeylerinin düşük olduğu ve daha çok erkeklerin suçta sürüklendiği belirtilmiştir (19,20,21). Bu çalışmada ve benzer yapılan çalışmalarda suçta sürüklenen çocuklarda bu faktörlerin öne çıkmasını bazı sosyolojik teorilerle açıklamak mümkündür. Bu teoriler sosyalleşme sürecinde çocukların ebeveyn ve diğer aile üyelerini taklit ederek öğrendiğini dolayısıyla suçun öğrenildiğini vurgulamaktadır. Buna ilaveten iletişim bozukluğu, şiddet, düşük ekonomik düzey gibi faktörlerin ailede stresöre neden olduğu, bu stresörlerle baş edemeyen ve sosyal ortama yönelerek destek arayan, toplumda yer edinmeye çalışan çocukların suçta yönelebildiği ifade edilmektedir (22). Kültürel olarak erkek çocuklarının kızlara göre daha dışa dönük olarak yetiştirilmesi erkeklerin kızlara göre suçta sürüklenme oranının fazla olmasını açıklayabilir.

Çalışma bulgularına göre, suçta sürüklenen 45 ergenin orta düzeyde çocukluk çağı travmasına maruz kaldığı saptanmıştır. Ölçek alt boyutları ayrı ayrı değerlendirildiğinde, araştırmaya katılan çocukların orta düzeyde duygusal istismar ve fiziksel ihmal yaşadığı, düşük düzeyde de fiziksel ve cinsel istismar ile duygusal ihmale maruz kaldığı saptanmıştır. Çocukluk çağı travmaları ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; Güloğlu ve meslektaşlarının (2016) üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada çocukluk travmaları toplam puan ortalaması (40.30 ± 11.95) çalışmamızdaki suçta itilmiş ergenlerin aldığı puan ortalamasından daha düşük bulunmuştur (23). Ülkemizde ve yurt dışında suç ve çocukluk çağı travmasının ilişkisinin incelendiği teorik çalışmalar, çocukluk çağı istismarına, ihmale, cinsel tacize ve şiddete tanık olmak gibi travmatik yaşantıların agresyon ve anti-sosyal davranışların gelişmesine neden olduğunu, özellikle de erkeklerin fiziksel ve cinsel istismara maruz kalması ile suç eylemini gerçekleştirmeleri arasında anlamlı ilişki olduğunu ifade eden araştırmalar bulunmaktadır (24,25,26,27,28).

Ergenlerin ÇÇTÖ puan ortalamaları ile ebeveynlere uygulanan AHÇYTÖ alt boyut puan

Tablo 3: Ergenin yakın çevresiyle etkileşimi ile ilgili bilgiler

Ergenin yakın çevresi ile etkileşimi	Sayı	%
Ergenin annesinin tutumu ile ilgili algısı		
Annesinin <i>ilgisiz-kayıtsız</i> tutum sergilediğini ifade edenler	15	33,3
Annesinin <i>aşırı koruyucu</i> tutum sergilediğini ifade edenler	16	35,6
Annesinin <i>dengesiz, kararsız, tutarsız</i> tutum sergilediğini ifade edenler	12	26,7
Annesinin fazlasıyla <i>serbest</i> tutum s sergilediğini ifade edenler	2	4,4
Ergenin babasının tutumu ile ilgili algısı		
Babasının <i>ilgisiz-kayıtsız</i> tutum sergilediğini ifade edenler	2	4,4
Babasının <i>aşırı koruyucu</i> tutum sergilediğini ifade edenler	4	8,9
Babasının <i>dengesiz, kararsız, tutarsız</i> tutum sergilediğini ifade edenler	12	26,7
Babasının fazlasıyla <i>serbest</i> tutum sergilediğini ifade edenler	5	11,1
Babasının <i>demokratik</i> tutum sergilediğini ifade edenler	12	26,7
Babasının <i>baskıcı, otoriter, katı disiplinli</i> tutum sergilediğini ifade edenler	10	22,2
Ergenin annesi ile iletişimi		
Annesi ile iletişiminin <i>çok iyi</i> olduğunu ifade edenler	6	13,3
Annesi ile iletişiminin <i>iyi</i> olduğunu ifade edenler	15	33,3
Annesi ile iletişiminin <i>orta</i> olduğunu ifade edenler	20	44,4
Annesi ile iletişiminin <i>kötü</i> olduğunu ifade edenler	4	8,9
Ergenin babası ile iletişimi		
Babası ile iletişiminin <i>iyi</i> olduğunu ifade edenler	8	17,8
Babası ile iletişiminin <i>orta</i> olduğunu ifade edenler	20	44,4
Babası ile iletişiminin <i>kötü</i> olduğunu ifade edenler	13	28,9
Babası ile iletişiminin <i>çok kötü</i> olduğunu ifade edenler	4	8,9
Ergenin öğretmeni ile iletişimi		
Öğretmeni ile iletişiminin <i>çok iyi-iyi</i> olduğunu ifade edenler	16	35,5
Öğretmeni ile iletişiminin <i>orta</i> olduğunu ifade edenler	23	51,1
Öğretmeni ile iletişiminin <i>kötü</i> olduğunu ifade edenler	6	13,3

ortalamaları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, AHÇYTÖ'nin Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma alt boyut puan ortalaması arttıkça ÇÇTÖ puan ortalamasının azaldığı; AHÇYTÖ'nin Baskı-Disiplin alt boyut puan ortalaması arttıkça ÇÇTÖ puan ortalamasının da arttığı gözlenmiştir ($p<0.05$). Bu bulguya göre, ebeveyni tarafından baskı ve aşırı disiplin altında yetiştirilen ergenlerin daha çok travma yaşadığı; ebeveynlerin demokratik ve eşitlikçi tutum sergileme eğilimi arttıkça ergenlerin travma yaşama oranının düştüğü söylenebilir. Diğer yandan araştırma sonuçlarına göre; babası ilgisiz kayıtsız bir tutum sergileyen ergenlerin duygusal istismar, annesi dengesiz ve tutarsız tutum sergileyen ergenlerin duygusal ihmal açısından daha fazla travmaya maruz kaldıkları tespit edilmiştir. Bu sonuç, ebeveynlerinin desteği, ilgisi, sevgisi ve koruması altında büyüyen çocukların travmaya maruz kalma olasılığının da düşük olduğu literatür bilgisi ile uyumludur (5,6,7,8).

Araştırma sonuçlarına göre; okula devam edemeyen, babası ile iletişiminin kötü olduğunu ifade eden ve bir-iki kardeşe sahip olan ergenler daha fazla cinsel istismara maruz kaldığı tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu alanda yapılan çalışmaların sonuçları, bu çalışma ile uyumludur. Erdener

(2009)'in aktarımına göre Vygotsky'in bilişsel gelişim teorisinde; zihinsel gelişimde kültürel, çevre ve aile içi ilişkilerin önemli olduğunu vurgulamıştır. Bu teoriye göre aile içi ilişkileri iyi olmayan, sevgi ve ilgiden mahrum olan çocukların zihinsel gelişimi dolayısıyla da okul başarıları yaşlılarına göre düşük olmakta, okula devam etmeleri zorlaşmaktadır (29). Yine bulguya benzer şekilde Koçak ve Alpaslan(2015) yaptıkları çalışmada cinsel istismara maruz kalan çocuk/ergenlerin %31'inin okula devam etmedikleri saptanmıştır(30). Bunun sonucunda da ebeveynlerinin, arkadaş ve öğretmenlerinin ilgi ve sevgilerinden yoksun olan çocukların ihtiyaçları olan sevgi- ilgiyi kendilerine ilgi gösteren bireylerle karşılama neden olduğu için cinsel istismar açısından risk altında olduklarını belirten çalışmalar bulunmaktadır (31,32,33).

Okur-yazar olan ancak herhangi bir eğitim düzeyini tamamlamamış olan ergenler daha çok duygusal istismara, çocukluktan itibaren psikiyatrik tanıya sahip olan ve üç ya da daha fazla kardeşe sahip olan ergenler ise daha fazla duygusal ihmale maruz kalmaktadır ($p<0.05$). Ayrıca babası alkol kullanan ergenler daha fazla çocukluk çağı travması yaşamaktadır. Bu bulgular, ergenlerin eğitimlerine

Tablo 4: Ergenlerin Çocuk Çağı Travmaları Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı

Cocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) Alt Ölçekleri	X ± SS	Ortanca
Fiziksel ihmâl	10.95 ± 2.12	11.00
Fiziksel istismar	8.08 ± 2.30	8.00
Cinsel istismar	6.37 ± 1.95	5.00
Duygusal ihmâl	6.77 ± 3.12	17.00
Duygusal istismar	12.22 ± 2.83	12.00
Travmanın reddi	0.12 ± 0.40	0.00
Travma	54.42 ± 7.53	55.00
Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği Alt Ölçekleri	X ± SS	Ortanca
Aşırı Annelik, Aşırı Kontrol, Müdahalecilik	51.93±5.53	51.00
Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma	27.86±2.20	28.00
Ev Kadınlığı Rolünü Reddetme	38.35±3.33	38.00
Karı-Koca Geçimsizliği	16.24±2.47	16.00
Baskı-Disiplin	46.08±3.8	46.00

devam edemediği ve aile ve yakın çevresinin kendisine destek olmadığı için gelişim düzeyine uygun olmayan beklentilere girerek duygusal istismara maruz kaldıklarını düşündürmektedir. Ayrıca, daha fazla kardeşe sahip olan ergenlerin kalabalık ailede ilgi ve sevginin paylaşılması nedeniyle doyum verici bir ilişki yaşayamadığından dolayı duygusal ihmale ve alkol alan babanın çocuklar ile yeterli ölçüde ilgilenememesine bağlı çocukluk çağı travmasına maruz kaldığı düşünülmektedir. Bu sonuçlara benzer şekilde; yapılan çalışmalar da, aile ilişkileri

bozuldukça, aile içi şiddetin var olduğunu ve buna bağlı çocukluk çağı travma düzeyinin arttığını, başka bir deyişle aile içi şiddete maruz kalmanın ya da tanık olmanın çocuk için başlı başına büyük bir travma olduğunu belirtmektedir (24,25,26).

Ergenlerin sürüklendikleri suç davranış biçimi ile çocukluk travma şekilleri incelendiğinde; yaralama suçu ile adli takipte olan çocukların fiziksel, duygusal ve cinsel istismara; hırsızlık suçu ile adli takipte olan çocukların ise fiziksel ve duygusal

Tablo 5: Çocukluk çağı travmaları ölçeği alt boyutları ve aile yaşantısı ve çocuk yetiştirme tutumu ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki

		Fiziksel İstismar	Duygusal İstismar	Cinsel İstismar	Fiziksel İhmâl	Duygusal İhmâl	Travma Reddi	Travma
Aşırı koruyuculuk alt boyutu	Pearson Correlation	-,138	-,119	-,096	-,211	-,015	,166	-,178
	Sig. (2-tailed)	,364	,435	,530	,164	,920	,275	,242
	N	45	45	45	45	45	45	45
Demokratik tutum ve eşitlik tanıma boyutu	Pearson Correlation	-,056	-,206	-,083	-,206	-,322*	,480**	-,308*
	Sig. (2-tailed)	,716	,174	,588	,175	,031	,001	,040
	N	45	45	45	45	45	45	45
Ev kadınlığı rolünü reddetme boyutu	Pearson Correlation	-,155	-,270	-,251	-,059	-,432**	,536**	-,410**
	Sig. (2-tailed)	,310	,073	,097	,702	,003	,000	,005
	N	45	45	45	45	45	45	45
Karı-koca geçimsizliği boyutu	Pearson Correlation	-,294*	-,312*	-,118	,106	-,169	,284	-,278
	Sig. (2-tailed)	,050	,037	,441	,489	,267	,059	,064
	N	45	45	45	45	45	45	45
Baskı-disiplin boyutu	Pearson Correlation	-,178	-,125	-,231	-,108	-,116	,387**	-,240
	Sig. (2-tailed)	,242	,414	,126	,479	,449	,009	,112
	N	45	45	45	45	45	45	45

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed). **. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ihmale maruz kaldığı tespit edilmiştir. Bu bulgu, fiziksel, duygusal ya da cinsel istismara maruz kalan ergenlerin, diğer insanların kendisine verdikleri zararı diğerlerini cezalandırma isteği ile “yaralama” davranışı olarak gösterdikleri; fiziksel ya da duygusal ihmale maruz kalan ergenlerin ise hissettikleri sevgi ve ilgi eksikliğini başkalarının sahip olduğu şeylere sahip olma isteği ile “hırsızlık” davranışı olarak gösterdikleri biçiminde açıklanabilir. Benzer şekilde; Yüksel ve Gökçearslan-Çiftçi (2017) tarafından yapılan araştırmada da suçluluk ve çocukluk çağı travmasının ilişkili olduğu, çocukluk çağı travması ve suç ile ilgili çalışmaların artırılması gerektiği sonucuna varılmıştır (26).

SONUÇ

Suçta sürüklenen ergenlerde çocukluk çağı travmalarını değerlendirdiği bu çalışmada, katılan ergenlerin orta düzeyde duygusal istismar ve fiziksel ihmal yaşadığı, düşük düzeyde de fiziksel ve cinsel istismar ile duygusal ihmale maruz kaldığı, başka bir ifadeyle orta düzeyde çocukluk çağı travması deneyimledikleri belirlenmiş olup, suçta sürüklenmede çocukluk çağı travmalarının etkili olduğu bulgusunu ortaya çıkarmıştır. Ayrıca aile ortamında baskıcı-ilgisiz ebeveyn tutuma maruz kalan, okula devam edemeyen, babaları alkol alan, babaları ile iletişimin kötü olduğunu ifade eden, kalabalık ailede yaşayan, çocukluktan itibaren psikiyatrik tanıya sahip olan suçta sürüklenen çocukların çocukluk çağı ruhsal travmalarını daha fazla yaşadıklarını bulunmuştur. Diğer yandan, ergenlerin sürükledikleri suç davranışı biçimleri, anneleri veya öğretmenleri ile iletişimleri, ekonomik durumları çocuklukta yaşanan travma ya da travma biçimlerini etkilememektedir. Çalışma yaklaşık bir yıllık bir takip sürecinde gerçekleşmiş olmasına karşın sadece 45 ergene ulaşılmış olması ve kontrol grubunun olmaması araştırmanın sınırlılığıdır. Benzer çalışmaların daha uzun sürede veya birden fazla kurumda yapılarak daha fazla sayıda ergene ulaşılması önerilir. Ayrıca çocukluk çağı travmalarının önlenmesi ve çocuk/ergenlerin suçta sürüklenmelerinin engellenmesi ve çocuk/ergenlerin gelecekte karşımıza suçlu bireyler olarak çıkmalarının önüne geçebilmek için özellikle riskli aileler olmak üzere ebeveynlere demokratik ve eşitlikçi tutum geliştirmeye yönelik

programlar oluşturmalıdır. Bunun yanısıra, çocukların travma yaşamamaları amacıyla alınabilecek çevresel önlemler ve etkili aile içi iletişim üzerine ebeveynlere düzenli, planlı ve kapsamlı eğitimler verilmesi önerilir.

Yazışma adresi: Dr. Öğr. Üyesi Nalan Gördeles Beşer, Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü/Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Niğde nalanbeser@hotmail.com

*Bu araştırmanın özeti V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireleri Kongresinde sözel sunum olarak sunulmuştur. Özet dergiye yayın olarak gönderilmeden kongreye gönderilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Türk Dil Kurumu. Türkçe Sözlük. Basım 549, Ankara, Türk Dil Kurumu Yayınları, 2005, s.2200.
2. Resmi Gazete (2005) 15 Temmuz 2005 Tarihli, 25876 Türk Ceza Kanunu (Kanun No: 5395) <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5395.pdf> ET: 03.07.2005.
3. Balcıoğlu İ. Suç, Göç ve Çocuklar Şiddet ve Toplum. İstanbul, Bilge Yayınları, 2001.
4. Basut E, Erden G. Suça yönelen ve suça yönelmeyen ergenlerin stres belirtileri ve stresle başa çıkma örüntüleri yönünden incelenmesi. *Turk J Child Adolesc Mental Health* 2005;12:48-55
5. Teicher MH, Samson JA. Childhood maltreatment and psychopathology: a case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *American Journal of Psychiatry*. 2013
6. Pelendecioğlu B ve Bulut S. Çocuğa yönelik aile içi fiziksel İstismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Dergisi*. 2009;9: 50-61.
7. Pérez-Fuentes G, Olfson M, Villegas L, Morcillo C, Wang S ve Blanco C. Prevalence and correlates of child sexual abuse: a national study. *Comprehensive Psychiatry*, 2012;54:16-27.
8. Özen Ş, Antar S, Özkan M. Çocukluk çağı travmalarının umutsuzluk, sigara ve alkol kullanımı üzerine etkisi; son sınıf üniversite öğrencilerini inceleyen bir çalışma. *Düşünen Adam Dergisi* 2007;20:79-87.
9. Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biological psychiatry*. 2001;49:1023-39.
10. Van der Vegt EJ, Tieman W, van der Ende J, Ferdinand RF, Verhulst FC, Tiemeier H. Impact of early childhood adversities on adult psychiatric disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2009;44:724-31.
11. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect*. 2008;32:607-19.
12. Pelcovitz D, Kaplan SJ, Ellenberg A, Labruna V, Salzinger S, Mandel F ve Weiner M. Adolescent physical abuse: age at time of abuse and adolescent perception of family functioning. *Journal of Family Violence*, 2000;15:375-389.
13. Aksoy A, Ögel K . Kendine zarar verme davranışı. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2003;4:226-236.
14. Afşin R, Öğretir Özçelik A.D. Suça sürüklenen çocuklar ile sürüklenmeyen çocukların algıladıkları anne baba tutumları ile ebeveyn bağlanma stillerinin karşılaştırılarak incelenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*. 2018;17:384-400.
15. Haapasalo, J. & Pokelo, E. . Child rearing and child abuse antecedents of criminality. *Agression and Violent Behavior*, 1999;4:107-127.
16. Şar V, Öztürk E., İkikardeş E. Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2012;32:1054-6
17. Oner, N. Türkiyede kullanılan psikolojik testlerden örnekler: Bir başvuru kaynağı (2. Baskı) Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi. İstanbul, 2006
18. Türkiye İstatistik Kurumu haber Bülteni. [www. tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr). Erişim: Kasım, 5, 2018.
19. Bilaç Ö., Şentürk Pılan B., Orhon Z., Bayrak A. Suça sürüklenen çocukların suç ve tanı dağılımlarının incelenmesi: kesitsel bir araştırma. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2014;21 :115-122
20. Akduman GG, Akduman B, Cantürk G. Ergen suçluluğunda bazı kişisel ve ailesel özelliklerin incelenmesi. *Türk Ped Arş* .2007;42:156-61.
21. Cuervo K, Villanueva L, González F, Carrión C, et al. Characteristics of young offenders depending on the type of crime. *Psychosoc Interv*. 2015;24 9-15.
22. Kamer VK. Çocukların Suça sürüklenmesine neden olan faktörlerle ilgili sosyolojik teoriler. *TAAD*. 2013;4:219-238
23. Güloğlu B., Kararımak Ö, Emiral E. Çocukluk çağı travmalarının tinsellik ve affetme üzerindeki rolü. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2016;17:309-316.
24. Avcı M. Tutuklu çocuklar üzerine bir araştırma: çocukların suça yönelmesinde etkili olan toplumsal nedenler ve çözüm önerileri. *Atatürk Üniversitesi Sos. Bilim. Enstitüsü Derg*. 2008;11
25. Cömert Ö, Sevim Y. Çocuk ve suç ilişkisinin sosyolojik suç kuramları ile İncelenmesi. *BEÜ SBE Derg*. 2017;6:29-40
26. Yüksel M, Gökçeşlan Çifçi E. Yetişkin hükümlülerin çocukluk çağı travma düzeyinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *TAAD*. 2017;7:57-85
27. Dziuba-Leatherman J, Finkelhor D. How does receiving information about sexual abuse influence boys' perceptions of their risk?. *Child Abuse Negl* 1994;18:557-68.
28. Currie J, Tekin E. Does Child Abuse Cause Crime? *Nber Working Paper Series, Paper No: 2063*. Germany: 2006. p.61.
29. Erdener E., Vygotsky'nin düşünce ve dil gelişimi üzerine görüşleri: Piaget'e eleştirel bir bakış. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*. 2009;7: 85-103
30. Koçak U, Alpaslan .H, Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerin soyodemografik özellikleri ve ruhsal değerlendirmesi. *Adli Tıp Bülteni*. 2015;20:27-33.
31. Alpaslan A.H, Çocukluk döneminde cinsel istismar. *Kocatepe Tıp dergisi*. 2014;15:194-201
32. Pinera-Lucatero AG, Trujillo-Hernandez B, Millian-Guerro RO, Vasques C. Prevalence of childhood sexual abuse among Mexican adolescent. *Childcare Health Dev*. 2008;35:184-190
33. Çengel Kültür E, Çuhadoroğlu Çetin F, Gökler B., Demographic and clinical features of child abuse and neglect cases. *Turk J Pediatr* 2007;49:256-260

Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisinde Geleneksel Sınıflandırma Sistemlerine Karşı Uygulanabilir Yeni Bir Rehber: Psikosomatik Araştırmalara Yönelik Tanı Ölçütleri (DCPR)

A New Operational Guide Against to Traditional Classification Systems in Consultation-Liaison Psychiatry: Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR)

Gizem Aral¹, Filiz Civil Arslan²

¹Uz. Dr., Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gaziantep, Türkiye <https://orcid.org/0000-0003-3615-2981>

²Doç. Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Trabzon, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-5837-0691>

ÖZET

Psikosomatik tıp alanında hastalıklarla ilişkili psikolojik faktörleri tespit etmede pek çok medikal ve psikiyatrik tanı modelleri ileri sürülmüştür. Bu alanda en çok kullanılan geleneksel sınıflandırma sistemi olan DSM (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) somatik belirti kümelerini ayırtmada, tıbbi hastalıkların alt tiplendirilmesinde, bedensel sendromların yükünü tahmin etmede, risk faktörlerini belirleme ve tedavi sonuçlarını öngörmeye yetersiz kalmıştır. Psikosomatik Araştırmalara Yönelik Tanı Ölçütleri (DCPR), bu alanlarda oluşan boşlukları doldurmak, çeşitli kliniklerde geniş psikolojik sendrom kümelerini uygulanabilir araçlar yardımı ile ayırtmak için geliştirilmiştir. 1995 yılında pek çok uluslararası araştırmacı grubu tarafından oluşturulan bu sistem, 58 maddeden oluşan, evet/hayır yanıtı biçiminde puanlanan, 12 psikosomatik sendromdan bir ya da daha fazlasının varlığını değerlendiren bir tanı koydurucu rehber niteliğindedir. İlgili literatürde, DCPR ve DSM-IV sistemi tanı koyma oranlarının, eşik altı sendrom kümelerinin, işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin karşılaştırıldığı pek çok farklı çalışmaya rastlamak mümkündür. Çalışmalardaki ortak sonuçlar, DSM-IV sisteminde tanı konulamayan pek çok psikolojik boyutun ve anormal hastalık davranışlarının, DCPR sistemi ile saptanabildiğine işaret etmektedir.

Yeni DSM-5 sınıflandırma sisteminde ise, 'Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar' başlığı altında tanı ölçütlerinde önemli değişiklikler sunulsa da, birçok psikosomatik belirti kümesine yer verilmemiştir. Klinik pratikte, DCPR'in hastaların mevcut hastalık sürecine ve fiziksel semptom kümelerine karşı yanıt verme biçimlerini ve etkili psikososyal birçok boyutu saptamada DSM gibi geleneksel sınıflandırma sistemleri ile birlikte kullanılmasının yararlı olacağı kanaatindeyiz. Bu makalenin amacı, geleneksel sistemlerle ihmal edilmiş, DCPR sistemi psikolojik belirti alt kümelerinin tanınması ve ayırtılmasıdır.

Anahtar Sözcükler: DCPR, DSM, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi

(*Klinik Psikiyatri* 2019;22:228-242)

DOI: 10.5505/kpd.2019.93898

SUMMARY

In psychosomatic medicine, many medical and psychiatric diagnostic models proposed to detect psychological factors related to diseases. In this area, the most commonly used traditional classification system, Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders (DSM), has failed to distinguish somatic symptom clusters, subtype medical disorders, predict the burden of somatic syndromes, identify risk factors and to predict treatment outcomes. DCPR has been developed to fill gaps in these areas and to separate large psychosurgical syndrome clusters at various clinics with the help of applicable tools. DCPR, created by a group of international researchers in 1995, diagnostic guide that evaluates the existence of one or more of the 12 psychosomatic syndromes of 58 items scored in the form of a yes/no response. In the literature, possible to find many different studies comparing the effects of diagnosis rates of DCPR and DSM-IV system on subclinical syndrome clusters, functioning, quality of life. The common results of the studies indicate that many psychological dimensions and abnormal disease behaviors that can not be diagnosed in the DSM-IV can be detected with the DCPR.

In the new DSM-5, although there are significant changes in the criteria under the heading 'Somatic Symptoms and Related Disorders', many psychosomatic symptoms are not included. In addition, it offers an approach that focuses on categorization of diseases, rather than the approach that aims at influencing the psychological factors on diseases. In clinical practice, we believe that the use of DCPR in combination with traditional classification systems such as DSM to determine the extent to which patients respond to the current disease process and physical symptom clusters and to determine many effective psychosocial dimensions. The aim of this article is recognize and distinguish the DCPR psychological symptom clusters, which have been neglected by traditional systems.

Key Words: DCPR, DSM, Consultation Liaison Psychiatry

GİRİŞ

Geçmişten bu yana, psikosomatik tıp çerçevesinde öne sürülen pek çok biyomedikal ve psikiyatrik tanı modelleri, bedensel belirti kavramlarını açıklamakta yetersiz kalmıştır. Bu alanda en çok kullanılan, geleneksel sınıflandırma sistemi olan, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV)'sının somatoform hastalık kavramını yeterli düzeyde kapsamadığı öne sürülerek, ciddi eleştiriler almıştır (1). Yeni DSM-5 sınıflandırma sisteminde, 'Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar' başlığı altında tanı ölçütlerinde önemli değişiklikler sunulsa da DSM-IV ve diğer psikiyatrik tanı modellerindeki gibi psikosomatik semptomların biyopsikososyal çok boyutluluğunu yansıtmamak ile birlikte, hastalık inkarı, sağlık anksiyetesi ölüm korkusu (tanatofobi) gibi hipokondriyak yelpazedeki sendrom kümeleri, aleksitimi, tip A davranış, demoralizasyon, irritabl duygudurum gibi tıbbi durumu etkileyen birçok psikosomatik belirti kümesine de yer verilmemiştir (2). Ek olarak, hastalıklar üzerine hangi psikolojik faktörlerin etkili olduğunu amaçlayan yaklaşımdan ziyade, hastalıkları kategorileştirmeye odaklanılan bir yaklaşım sunmaktadır. Bunun bir sonucu olarak, DSM gibi eldeki geleneksel sınıflandırma sistemleri, psikosomatik tıp alanında temel gereksinimleri karşılamak ve tıbbi hastalıkların seyrini etkileyen psikolojik faktörleri tespit etmekte yetersiz kalabildiği düşünülmektedir (3).

DCPR bu alanlarda oluşan eksiklikleri doldurmak, çeşitli kliniklerde geniş psikolojik sendrom kümelerini uygulanabilir araçlar yardımı ile ayırtmak amacıyla geliştirilmiştir. 1995 yılında uluslararası araştırmacılar grubu tarafından, psikosomatik tıpta biriken geniş kanıt kitlesini uygulanabilir araçlara çevirmek için geliştirilmiştir. 58 maddeden oluşan, evet/hayır yanıtı biçiminde puanlanan 12 psikosomatik sendromdan bir ya da daha fazlasının varlığını değerlendiren bir tanı koyma rehberidir (Ek-1). DCPR tanı sisteminin, klinik durumları ele alınmasında 4 tipte klinik faydalar sağlayacağı öngörülmüştür; 1) Tıbbi hastalıkların alt tiplendirmesi 2) Eşik altı veya tespit edilmemiş sendromları tanımlama 3) Somatik sendromların hastalık yükünü değerlendirmek 4) Tedavi sonuçlarını tahmin etmek ve risk faktör-

lerini belirlemek (2).

Hastaların, sağlık durumlarına yanıt verme biçimleri, algılama, yaşama, değerlendirme ile ilgili DCPR boyutları Pilowsky tarafından geliştirilen anormal hastalık davranışı kavramı, kişinin sağlık durumuna ilişkin uygunsuz davranma tarzı olarak tanımlanmıştır. Pilowsky'ye göre, bu uygunsuz davranım tarzı, ilgili tüm biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel faktörlerin yeterli değerlendirilmesine, hastaya tartışma, müzakere etme ve açıklama fırsatları sağlanmış olmasına rağmen devam eder (4). DCPR sisteminde anormal hastalık davranışı kavramına dört küme içerisinde yer verilmiştir; bunlar ölüm korkusu (tanatofobi), hastalık inkarı, sağlık anksiyetesi, hastalık korkusudur. Somatizasyon sendromlarına ilişkin 4 küme tanımlama ise; kalıcı somatizasyon, konversiyon belirtileri, psikiyatrik bozukluğa ikincil işlevsel somatik belirtiler ve yıldönümü reaksiyonudur. Diğer 4 küme ise hastalığın psikolojik boyutu, diğer bir deyiş ile medikal durumları etkileyen psikolojik faktörler; demoralizasyon, aleksitimi, tip A davranış, irritabl duygudurumdur (3).

İlgili literatürde, DCPR ve DSM-IV sistemi tanı koyma oranlarının, eşik altı sendrom kümelerinin, işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin karşılaştırıldığı pek çok farklı çalışmaya rastlamak mümkündür. Çalışmalardaki ortak sonuçlar, DSM-IV sistemince tanı konulamayan pek çok psikolojik boyutun ve anormal hastalık davranışlarının, DCPR sistemi ile saptanabildiğine işaret etmektedir (1). DSM-5 sistemi ile karşılaştırma çalışmalarına yönelik veriler ise kısıtlı niteliktedir (5). Bununla birlikte, bir takım yazarlar, DSM-IV'e benzer şekilde DSM-5'in de tıbbi hastalıkların seyrini etkileyen psikolojik faktörleri tespit etmekte yeterli klinik yararı sağlamadığı görüşündedir (2, 3).

Makalenin amacı, geleneksel sistemlerce ihmal edilmiş DCPR sistemi psikolojik belirti alt kümelerinin tanınması ve ayırtılmasıdır. DCPR'in tanınması, farklı klinik ortamlarda uygulanması ile yapılacak müdahaleler sonucunda, gelecekte hastalık ile ilişkili sağlık harcamalarının düşmesi, ruhsal ve bedensel işlev kayıplarının azaltılması açısından umut vadeci görünmekte-

dir. Bu makalede, DCPR sisteminin anlaşılır kılınması için, öncelikle psikosomatik tıp alanının temel kavramsal öğeleri olan bedenselleştirme (somatizasyon), tıbben açıklanamayan belirtiler, psikosomatik hastalıklardan bahsedilecektir.

Somatizasyon

Somatizasyon Kavramı

Somatizasyon, İlk kez Steckel tarafından 1925'te tarif edilmiştir. Bu yüzyılın başlarında varsayımsal sürece atıfta bulunarak, psişik çatışmaları ifade eden fiziksel belirtiler ("bedensel belirtilere yol açan derin yerleşimli növroz") şeklinde tanımlanmaktadır (6). Menninger "somatizasyon reaksiyonu" kavramını, kaygının bilinçli yaşanmasına engel olan içsel ifade biçimi olarak tanımlamış ve hipertansiyondan frijiditeye kadar değişen bir çok hastalık grubunu içeren bir sınıflandırma yapmıştır (7). Değişik tanımlamalar içerisindeki en sık tekrarlayan ifade, somatizasyonun bedensel bir hastalık ile açıklanamayan fizik belirtilerle seyrettiğidir. Psikososyal veya emosyonel sorunlar bedensel belirtilerle ifade edilir; bu belirtiler bedensel bir hastalığa bağlanarak yorumlanır ve tıbbi yardım arama yoluyla dile getirilir.

Yaşanan psikolojik sıkıntının bedensel ifadesi olan somatizasyon, pek çok psikiyatrik bozukluk ile birlikte görülmektedir. Tıbbi olarak açıklanamayan belirtileri olan birinci basamak sağlık kuruluşlarına ayaktan başvuran 172 hastanın alındığı bir çalışmada hasta grubunda psikiyatrik bozukluğu olanların oranının bu tür belirtileri olmayanlara göre en az 2 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (8). Haftgoli ve ark .(2010)'nın İsviçre'de birinci basamağa en az bir fiziksel yakınma nedeni ile başvuran hastalarda yaptıkları çalışmada bu hastalarda depresyon sıklığını %20, anksiyete bozuklukları %15.5 oranında bulunmuştur. Bu sıralama sonuçları genelde diğer çalışmaların sonuçları ile benzerlik gösterir (9).

Somatizasyon, depresyon ve anksiyete bozuklukları dışında somatoform bozukluklar, kişilik bozuklukları ve psikotik bozukluklar ile de yakın ilişkiindedir.

Tıbben Açıklanamayan Belirtiler (TOAB)

Bilinen herhangi bir hastalık tanısı ile bağlantı kurulamayan somatik belirtiler, tıbben açıklanamayan belirtiler (TOAB), birinci basamakta yaygın bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmalarda toplum içerisinde en sık görülen somatik belirtilerin baş ağrısı yorgunluk ve karın ağrısı olduğu bildirilmektedir (10).

Birinci basamak hastalarının başvurusu yakınmaları içerisinde tıbben açıklanamayan belirtilerin yaygınlığı ise %19-57.5 arasında değişmektedir. İngiltere'de birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuruda hastaların tıbbi olarak açıklanamayan belirti yaygınlığının incelendiği bir çalışmada hastaların 4te 1'inde açıklanamayan kronik ağrı, irritabl barsak sendromu ve kronik yorgunluk belirtileri saptanmıştır (11). Çok sayıda tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler gösteren 172 birinci basamak hastasının alındığı bir çalışmada, tıbbi olarak açıklanamayan belirtileri olan hastalarda mevcut psikiyatrik bozukluk oranı 2kat daha sık bulunmuştur (8). Depresyon ve anksiyete bozukluğu tanısı olan hastalar artmış bedensel belirtileri nedeni ile daha fazla tıbbi yardım hizmetlerini kullanma eğilimindedirler, gereğinden fazla tıbbi inceleme ve tedaviye maruz kalabilmektedirler.

Ankara Gölbaşı Sağlık Ocağı'na başvuran 400 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada, açıklanamayan bedensel belirti sayısının kadınlarda erkeklere oranla 2 kat daha fazla görüldüğü ifade edilmiştir (12).Yapılan çalışmalarda da ruh sağlığı hizmetlerinin yaygın olmadığı ve ruh hastalıklarının stigmatize edildiği toplumlarda somatizasyonun daha sık görüldüğü belirtilmekle birlikte, kültüre duyarlı araştırmalarda somatizasyonun evrensel olduğu her toplumda her kültürde görülebileceği, fakat somatizasyon görünümünün toplumdan topluma değişebildiğini ortaya konulmaktadır (13). Türkiye'de somatizasyon prevalansı ile ilgili yapılmış pek fazla araştırma yoktur. Türkiye'de yapılan Ruh Sağlığı Profili Araştırmasında ICD-10 tanı kriterlerine göre somatizasyon bozukluğunun yaşam boyu prevalansı %0.2 olarak bulunmuştur. Bu oran kadınlarda %0.4 olarak belirtilir iken, erkeklerde somatizasyon bozukluğu tanısı

konulamamıştır (12).

Bedenselleştiren hastalar, semptomlarının belirgin bir biyolojik temeli olmadığı halde, bunları “gerçek” olarak algıladılar, yani çıkardıkları semptomları bedenlerinde gerçekten hissediler (14). Son yıllardaki araştırmalar, semptom çıkarmada algılama sürecini etkileyen etkenler üzerinde yoğunlaşmıştır. Bedene ait duyular algılama süreci sırasında birçok iç ve dış etkilere etkilenmektedir.

Barsky ve arkadaşlarına (1988) göre, bedenselleştiren ya da hipokondriak (hastalık hastası) hastalar bedenlerinde ortaya çıkan gelişen bedensel semptomları ya da duyuları seçerek algıladıktan sonra abartmakta ve bedensel belirtileri olarak yorumlamaktadırlar. Bedensel duyuları abartmanın üç ögesi vardır: 1) Bedensel duyulara artmış dikkat ve bedene karşı aşırı uyanıklık 2) Bazı zayıf ve seyrek olan duyulara odaklanma eğilimi 3) Bedensel duyuları hastalık belirtisi olarak rahatsız edici ve tehlikeli olarak algılama (15). Bedensel durumların abartılı algılanması somatizasyon durumlarında görülmesine rağmen bu durumlara özgül değildir, diğer anksiyete, nevrotizm, depresyon, aleksitimi gibi faktörlerden etkilenebilir.

İlk kez 1967’de Sifneos tarafından tanımlanan aleksitimi kavramı, duygular için sözcüklerin olmaması anlamına gelen “a (lack) -l exis (word) – thymos (emotion)” sözcük dizisinden oluşmaktadır. Aleksitimi dilimize ise “duygular için söz yokluğu” olarak çevrilmiştir (16). Psikosomatik hastalığı olan kişiler üzerinde yapılan araştırmaların sonucunda, aleksitimik bireylerin bedensel duyulara daha fazla odaklandıkları ve onları büyüttükleri, bu nedenle daha çok somatik yakınma bildirdikleri düşünülmektedir. Özellikle aleksitiminin duyguları tanımlama ve bedensel duyulardan ayırma boyutunun somatizasyonla ilişkili olabileceği bildirilmiştir (17).

Psikosomatik Hastalıklar

Psikosomatik sözcüğü Yunancada ruh anlamına gelen "psyche" ile beden anlamına gelen "soma" kelimelerinin birleşmesinden oluşmuştur.

Psikosomatik hastalıklar ise ruhsal alanın bedensel hastalıklara etkisi olarak tanımlanmaktadır. Etkenleri tam olarak belli olmayan ancak, psikolojik alanın rolü gerçek olan ve bütün sistemleri ilgilendiren bedensel rahatsızlıklardır. Psikosomatik hastalıklarla ilgilenen Psikosomatik tıp ise 50 yılı aşkın süredir psikiyatri alanında özel bir ilgi konusu olmuştur.

En azından halk arasında bugüne kadar tıbbi yakınmalarının hiçbir fiziksel nedeni olmayan kişileri ve ‘bunların tümü kafadadır’ diye anılan hastaları tanımlamak için kullanılmıştır. Bu kısmen yanlış kavramsallaştırma nedeniyle 1980’de, DSM’de yer alan psikofizyolojik (veya psikosomatik) terimi kaldırılmış, yerine tıbbi durumları etkileyen psikolojik etkenler terimi konulmuştur ve bu terim en son baskıda (DSM-5) dahil olmak üzere, sonraki baskılarda da bir daha yer almamıştır. Yine de bu terim araştırmacılar tarafından ve psikiyatri alanında önemli dergilerin başlığı olarak kullanılmaya devam etmektedir (Örneğin Psychosomatic Medicine, Psychosomatics, Journal of Psychosomatic Research). 2003 yılında Amerikan Tıpta Uzmanlık Kurulu ve Amerikan Psikiyatri ve Nöroloji Kurulu psikosomatik tıp uzmanlık alanını onaylamıştır. Bu karar, bu alanın önemini vurgulamış ve ayrıca psikosomatik teriminin yaygın olarak kullanımını yeniden gündeme getirmiştir.

Psikosomatik tıp pratiği, erken dönemdeki kökeninden bu yana önemli ölçüde gelişmiştir ve bedensel sağlık bakımı sistemlerinde ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklara odaklanmıştır. Bu ilerleme büyük ölçüde, tıbbi hastalıkların karmaşıklığının artması ve tıbbi hastalıklar ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılması ve zihin ile bedenin bütüncül olarak değerlendirilmesine yönelik anlayışın ön plana çıkması sonucu olmuştur. Bugün bu durumun önemli bir sonucu, psikosomatik tıbbın yan dal olarak kabul edilmesi gerekliliğini doğurmaktadır.

Özelleşmiş çeşitli kliniklerde görülen psikosomatik sendromlar; gastroentolojide irritable barsak sendromu, ülseratif olmayan dispepsi, jinekolojide premenstürel sendrom, kronik pelvik ağrı, romatolojide fibromiyalji, kardiyolojide atipik veya kardiyak

kökenli olmayan göğüs ağrısı, göğüs hastalıkları kliniğinde hiperventilasyon sendromu, enfeksiyon hastalıkları kronik yorgunluk sendromu, nörolojide gerilim tipi baş ağrısı, diş hastalıkları temporo-mandibular eklem disfonksiyonu, atipik yüz ağrısı, kulak, burun boğaz globussendromu, alerji kliniklerinde çoklu kimyasal duyarlılık sendromu olarak listelendirilebilir.

Psikosomatik hastalıklarla pek çok somatik belirti birliktelik göstermektedir. Fibromiyalji sendromunda olduğu gibi daha fazla oranda somatik yakınmalar ile uğraşılır, pek çok kez derecede operasyon geçirme öyküleri ve yardım arama davranışları bulunmaktadır. Bu durumda somatizasyon çoğunlukla ikincil bir süreçtir. Ek olarak "psikosomatik sendromların tamamlanmamış ya da atipik gösterimleri" bazı somatizasyon belirtilerini açıklayabilir. Tanınmayan ya da iyi tedavi edilemeyen bu psikosomatik belirtiler, ruhsal açıdan sağlıklı bireylerde bile somatizasyon hastalarında tanımlanan "anormal hastalık davranışına" da yol açabilmektedir. Kellner'e göre bu açıdan önemli olan psikosomatik sendromlar; fibromiyalji, fibrozitis, kronik yorgunluk sendromu, globus histerikus, disfaji ve özofagal motilite bozuklukları, ülser olmaksızın dispepsi, irritabl barsak sendromu, üretral sendrom, hiperventilasyon, aerofaji ve kronik yorgunluk sendromudur (18).

DCPR'İN FARKLI ALT GRUPLARI

SOMATİZASYONUN BİRÇOK MODALİTESİ

Kalıcı (Süreğen) Somatizasyon

Bir DCPR tanı kategorisi olarak kalıcı somatizasyon, Kellner tarafından geliştirilen belirti kümesi kavramı üzerine kurulmuştur (18). Bu görüşe göre psikosomatik bir hastalığı olan bireylerin (irritabl barsak sendromu gibi) gelecekte diğer fonksiyonel gastrointestinal (örneğin ülser olmayan dispepsi) ve gastrointestinal sistem dışı(kronik yorgunluk) sendromlarına yakalanma olasılıkları artmaktadır. Farklı yazarlarca "multisomatiform bozukluk", "pür somatizasyon" ve "kronik somatizörler" olarak adlandırılmıştır (11). Toplum örnekleminde görülme sıklığı düşüktür. Kalıcı somatizasyonun,

psikiyatrik hastalıklara ikincil fonksiyonel somatik semptomlar grubu ile toplumda görülme sıklığı %2-3 civarındadır (19). Bununla birlikte, klinikte yüksek oranda izlenmiştir. Gastroenteroloji kliniğinde ayaktan takip edilen fonksiyonel gastrointestinal sistem bozukluğu tanısı alan 190 hasta ve kardiyoloji kliniğinde ayaktan takip edilen, yakın zamanda ilk miyokardiyal iskemi atağı geçiren 153 kardiyolojik hastanın alındığı bir çalışmada DCPR sendromları taranmıştır. En sık görülen DCPR sendromları grubunun somatizasyon grubu sendromlar olduğu, yine bu grup içerisinde ve toplamda en sık görülen sendromun hastaların %22'sinde tespit edilen süreğen somatizasyon olduğu görülmüştür (20). Klinik yaygınlık %1.5 (kalp nakliyecileri) ile %21 (endokrinoloji kliniklerinde) oranında, geniş bir aralıkta görülmektedir (21, 22).

Psikiyatrik Bozukluğa İkincil İşlevsel Somatik Belirtiler

Fonksiyonel psikosomatik hastalıkların klinik görünümü olan otonom uyarılma belirtilerinin, sıklıkla psikiyatrik bozuklukların bir sonucu olabileceği bilinmektedir. "Psikiyatrik Bozukluğa İkincil İşlevsel Somatik Belirtiler" tanısının koyulabilmesi için psikiyatrik bozukluk ve işlevsel hastalık başlangıcının arasındaki hiyerarşik ilişki gösterilmelidir. Bu hiyerarşik kuralın klinik anlamda uygulanabilir ve öngörücü olduğu gösterilmiştir. Üçüncü basamak sağlık kuruluşuna ayaktan başvuran 190 fonksiyonel gastrointestinal sistem bozukluğu tanısı konulan hastanın alındığı bir çalışmada %29.5 oranında psikiyatrik bozukluğa ikincil işlevsel somatik belirtiler saptanmıştır (23).

Konversiyon Semptomları

Stone ve arkadaşlarının, 27 çalışmanın incelediği 2005 yılındaki derleme yazısında, 1950'lerden bu yana konversiyon bozukluğu saptanan hastaların, yanlış tanı alma oranlarında düşme eğilimi olduğunu bildirmişlerdir. 1950'lerde bu oran %29, 1960'larda %17 iken, 1970 ve sonraki yıllarda %4'lere kadar düşmüştür. Yazarlar bu sonuçların tanısız kesinlikteki iyileştirmeden ziyade, çalışmaların kalitesinin gelişimi ile ilişkili olduğunu savunmaktadırlar. Bununla birlikte, konversiyon

bozukluğunda tanı koyma güçlüklerinin günümüzde de sürdüğüne işaret etmişlerdir (24).

DCPR sisteminde, Engel'in geliştirdiği konversiyon kavramı esas alınmıştır (25). Konversiyon tanı ölçütlerinde belirtilerin anlatımında ambivalans, belirtilerin başka birinde olmasının istenmesi gibi katı zorlayıcı ölçütler mevcuttur. DSM-IV, konversiyonu somatizasyon bozukluğundan başlıca semptom sayısına göre farklılaştırmasına karşın, DCPR konversiyon semptomlarını pozitif belirtiler üzerinden tanımlar

1498 hastanın alındığı çok merkezli bir çalışmada DCPR ve DSM-IV sistemlerinin konversiyon semptomları üzerine duyarlılıkları karşılaştırılmıştır. DCPR'a göre konversiyon tanısı alan hastaların oranı %4.5 iken, bu oran DSM-IV'e göre konversiyon bozukluğu tanısı alanlarda %0.4 olarak saptanmıştır (26).

Yıl Dönümü Reaksiyonu

Yıl dönümü reaksiyonu, herhangi bir kaybın yaşandığı zaman diliminin her yıl dönümünde, bireyde ortaya çıkan somatik, emosyonel, davranışsal yanıtları tanımlamaktadır. Hastalar genellikle geçmişteki travmatik yaşam olayları ile fiziksel, psikolojik semptomları arasındaki ilişkinin farkında değildirler. Fiziksel hastalığı olanlarda yıl dönümü reaksiyonunun görülme sıklığını araştıran, 1498 hastanın alındığı bir çalışmada sıklık % 3.6 olarak bulunmuştur (26). Kalp nakli ameliyatı yapılan ardışık 129 hastanın alındığı, DSM-IV ve DCPR ölçütlerine göre değerlendirildiği bir çalışmada ise %0.5 olarak bulunmuştur (27). DCPR, yıl dönümü reaksiyonunu somatizasyon veya konversiyonun özel bir görünümü olduğuna ve sıklıkla diğer psikosomatik sendromların birliktelik gösterdiğine dikkati çekmiştir (26).

ANORMAL HASTALIK DAVRANIŞI

Sağlık Anksiyetesi

Sağlık anksiyetesi kavramı, hastalık/acı ile ilişkili pek çok farklı türden inanç ve korkuları içerir. DCPR sisteminde, sağlık anksiyetesi daha önce

bahsedildiği üzere anormal hastalık davranışı kavramında dört küme içerisinde yer alan bir tanıdır. Bu tanı grupları çeşitli psikiyatrik bozuklukların varlığı ya da yokluğu koşuluna bakılmaksızın pek çok hastada konulmaktadır. Hipokondriyazis ve hastalık korkusundan daha az özgül bir tanıdır (28).

DCPR sistemindeki sağlık anksiyetesi kavramı, Kellner'in(1986) Hastalık Tutum Ölçeği(IAS)'nden geliştirilmiştir (29). Hipokondriyazisin hafif bir formu olarak kabul edilebilir. Ancak hipokondriyazisten farklı olarak hastalıkla ilgili endişe, bedenle aşırı meşguliyet durumları baysan daha kısa sürelidir. Ek olarak hipokondriyazisin aksine, bu endişe ve korkular, tıbbi güvenceye kolayca yanıt verir. Bununla birlikte, zaman içerisinde yeniden ortaya çıkar, hastalık varlığına ilişkin bedensel işaretlerin taranması, tıbbi bakım arama davranışları gibi anormal hastalık davranışlarına yol açar (28). Kanser tanısı alan 146 hastada, DSM-IV ve DCPR tanı oranlarını karşılaştırmayı amaçlayan bir çalışmada, en sık tespit edilen DCPR sendromu %37.7 oranında sağlık anksiyetesi olmuştur (30). Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda yaygınlık %28 olarak bulunmuştur (31). Bu yüksek oranların yanısıra kardiyoloji, gastroenteroloji ve dermatoloji kliniklerinde ise belirgin olarak düşük (ortalama %10 civarında) olduğu bulunmuştur (23, 27) .

Hastalık Korkusu

Hastalık korkusu DCPR'da uygun muayene ve güvenceye rağmen belirli bir hastalığı (örneğin AIDS, kanser) olduğuna dair yersiz ve kalıcı korkular olarak tanımlanmıştır. Fava ve Grandi hastalık korkusunun hipokondriyazisten farklı olarak 2 temel özelliğine dikkat çekmektedir;1) Korkular ataklar halinde ortaya çıkmakta-fobinin niteliği 2) Korku nesnesi zaman içerisinde değişmemektedir-korku nesnesinin doğası. Bu bağlamda hastalık korkusunun hipokondriyazis ile ilişkisi panik bozukluğun yaygın anksiyete bozukluğu ile olan ilişkisine benzer (28). Belirtilerin fobik niteliği, kaçınmalara neden olur dolayısı ile psikoterapide invivo ve invitro maruz kalma yöntemine yanıt verir iken, hipokondriyak hastalar kaçınma yerine 'doktor doktor gezme' davranışları nedeni ile bu türden

tedavi yöntemlerine yanıt vermezler (1).

Tıbbi örneklemede sıklığı sağlık anksiyetesinden daha düşük oranda bulunsun da İtalya’da birinci basamak bir sağlık hizmetine 1 yıl boyunca en sık başvuran 50 hastanın alındığı bir çalışmada, hastalık korkusunun yaygınlığı oldukça yüksek(%34) tespit edilmiş iken (31). 347 kişiden oluşan bir toplum örnekleminde yaygınlığı (%1) oldukça düşük olarak bulunmuştur (19).

Hastalık İnkârı

Psikanalitik teoriden türetilen inkar kavramı, hoş olmayan duygulara karşı bir ego savunma mekanizmasıdır. Sonraları inkar, stresli durumlarla karşı karşıya kalındığında duygu odaklı başa çıkma stratejileri arasında dahil edilmiştir. Anormal hastalık davranışları kavramsal çerçevesinde hastalık inkârı, kişinin mevcut hastalığına karşı psikolojik bir tepki olarak temsil edilir, gerçekçi olmayan iyimserlikten hastalığın tümüyle reddine kadar değişen bir aralıkta yer alır. Bu çerçeveden bakıldığında, hastalık inkarının, hasta olma yönünde güçlü inançları olan hipokondriyazisten zıt kutuplarda yer aldığı söylenebilir.

Henüz hastalık tanısının konulduğu erken dönemler veya yaşamı tehdit eden son dönem gibi pek çok farklı evrede, hastalık ile ilişkili fiziksel yükün inkarı, yaşanan psikolojik sıkıntıyı hafifleteceğinden ötürü yaralı bir başa çıkma mekanizması olabilir. Bununla birlikte klinik olarak önemli derecede olan hastalık inkarı ya da çarpıtılması, kişisel sorumluluğun en aza indirgemeye ve sağlıkla ilişkili ciddi kötü sonuçlara neden olabilir. AIDS/HIV ile ilişkili hastalık inkarı sağlıklı kişilerde sağlık açısından riskli davranışlar alınmasına zemin hazırlayabilir (32). Yapılan çalışmalar, hastalık inkarının pek çok farklı klinik ortamlarda (kanser hastaları, renal, kardiyovasküler ve nörolojik hastalıklar) görüldüğüne dikkat çeker.

Hastalık inkarı, klinik önemi ve sağlıkla ilişkili olası sonuçlarına rağmen ICD-10 ve DSM-IV sistemlerinde ihmal edilmiş durumdadır. Birinci basamakta DCPR tanılarının araştırıldığı bir çalışmada hastalık inkarı tanısının yüksek yaygınlığı (%80)

gösterilmiştir. (31) TUTARLI. Düzenli takip yöntemi sağlanan diğer tıbbi ortamlarda yaygınlığı daha düşük bulunmuştur. Örneğin yatarak tedavi gören 545 dermatoloji hastasının alındığı bir çalışmada yaygınlık %2 olarak bulunmuştur (33).

Ölüm Korkusu (Tanatofobi)

Tanatofobi(ölüm korkusu), ilk kez 1928’de Ryle tarafından “angor animi /ölüm hissi” olarak tarif edilmiştir (34). Herhangi bir tıbbi sebep olmaksızın ölüm anında olduğuna dair ani bir duygu ya da inanç halidir. Kaçınılmaz ölüm korkusu ile karıştırılmamalıdır. Hipokondriyazis, panik bozukluk, hastalık korkusu zemininde oluşabilir (35). Korkuların fobik niteliğine ikincil olarak panik ataklar ile sonuçlanabilir. Maskeli melankolik depresyon tanılı hastaların endişelerinden daha yoğun kronik ve izole ataklar ile gidış gösterebilir. Mayer-Gross ve arkadaşları ise ölüm düşünce ve korkularının obsesif kompulsif bozukluk ile olan ilişkisine dikkat çekmiştir (36).

Tanatofobi farklı klinik ortamlarda gözardı edilemeyecek oranlarda görülmektedir. 146 kanser hastası üzerinde bir çalışmada, hastaların %8.2’sinin DCPR ile tanatofobi tanısı aldığı saptanmıştır (30).

HASTALIKLARIN PSİKOLOJİK BOYUTU - TIBBİ DURUMLARI ETKİLEYEN PSİKOLOJİK FAKTÖRLER

Demoralizasyon (Direncsizlik)

Demoralizasyonun klinik ve prognostik önemine rağmen geleneksel sınıflandırma sistemlerinde yeterince tanınmamaktadır. DSM-IV’de yalnızca uyum bozuklukları tanı ölçütlerinde yer verilmiş durumdadır (37). Demoralizasyonun, duygudurum bozukluğunun eşik altı bir formu olduğu söylenebilir. Duygudurum bozukluğunun başlangıcından önce oluşmuş, sıklıkla onu tetiklemiş bir sendromdur. De Figueiredo’ya göre ise, demoralizasyon, psikolojik sıkıntı halinin yaklaşması ile birlikte yaşanan öznel beceriksizlik(stresli bir durum ile başa çıkamama fikri) deneyimidir (38). DCPR’da tanımlanan

demoralizasyon tanı ölçütlerine gelirse, sendromun tüm bu klinik yönlerini kapsar niteliktedir.

Umutsuzluk, demoralizasyonun en önemli özelliğidir. Depresyondan bağımsız olarak intihar düşünce plan ve girişim riskini arttırdığı bulunmuştur. Kanseri ve kalp hastalarında yapılan çalışmalarda, demoralizasyonun hastalığın ortaya çıkışı ve olumsuz sonuçlanım ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (39).

Fiziksel hastalığı olanlarda yüksek oranda görülmektedir. Fiziksel hastalığı olan 807 hastanın alındığı geniş bir örneklemede en sık saptanan DCPR tanısı %30 oranında demoralizasyon olarak tespit edilmiştir (40). Bununla birlikte toplumdaki yaygınlık oranı oldukça düşüktür. Toplam 347 ardışık evrenden oluşan bir toplum örnekleminde bu oran %3 olarak bulunmuştur (19).

Majör depresyon ile örtüşme saptanmasına rağmen farklı iki özgün klinik durumdur. Depresyon, hastalarda anhedoni ile belirlidir, demoralizasyonda ise yararlılık/etkinlik duygusunun kaybı yaşanır. Ek olarak duygudurum reaktivitesi genellikle korunur. Bazı yazarlarca depresyon ile hiyerarşik olmayan bir biçimde ilişkili olabileceği görüşü savunulmaktadır. Nitekim, kardiyojoloji, gastroenteroloji, endokrinoloji ve onkoloji kliniklerine ayaktan başvuran 807 ardışık hastanın alındığı bir çalışma verileri incelendiğinde, %44 (n=59) hasta depresyon tanısı almış iken demoralizasyon tanısı almamıştır. Ters şekilde %69 (n=169) hasta demoralizasyon tanısı alır iken depresyon tanısı almamıştır (40).

Aleksitimi

Aleksitimi, tanım olarak duyguları tanımakta güçlük, iletişimde zorluk, dış odaklı dışmerkezli uyum sağlamaya yönelik bilişsel yapı ve işlemsel düşünme ile karakterize bir kişilik yapısıdır (41). Aleksitimik bireyler duygusal uyarınları hastalık belirtileri olarak yanlış yorumlama eğilimindedirler. İçsel psikik olayların işaretlerini hastalık belirtisi olarak yanlış yorumlarlar. Somatik duylara odaklanıp yoğunlaştırırlar. Aleksitimi, psikosomatik hastaların kişilik özelliği olarak düşünülüp kişinin oluşan sıkıntıyı bedensel belirti

geliştirerek cevap verme şekli olarak yorumlanmaktadır. Bu, bir durum(state) veya özellik (trait) olarak da tanımlanmıştır. Aleksitimi, psikosomatik literatürün geniş bir alanında odaklanılan araştırma konusu olmuştur. Aleksitiminin tıbbi ortamlarda değerlendirilmesi sağlık sorunlarını anlama ve çözümlemede yararlı imkanlar sağlamaktadır (42).

Prognoza yönelik değerinin netleştirilmesine gereksinim olsa da çeşitli kardiyovasküler hastalıklar, kanser, gastrointestinal sistem hastalıkları gibi pek çok tıbbi durumda artmış risk ve olumsuz tedavi sonuçları ile ilişkili olduğu bulunmuştur (43).

Tip A Davranış

Tip A davranış örüntüsü 1950'lerin sonlarına doğru iki kardiyolog olan Friedman ve Rosenman (1959) tarafından hastaları arasında sıklıkla gözlenen 'özel bir duygu-eylem kompleksi' olarak tanımlanmıştır. Bu komplekse göre Tip A davranış örüntüsüne sahip bireyler, giderek daha kısa zamanda daha fazla iş yapmaya odaklanırlar, ek olarak bu kişilerde koroner kalp hastalıklarına daha sık rastlanılmaktadır. İritabl duygudurum sergilerler, telaşlı aceleci ve sabırsızdırlar (44). Pek çok çalışmada tip A davranış örüntüsünün kardiyovasküler hastalıkların hem başlangıç, hem de kötüleşme evresi ile anlamlı oranda ilişkili olduğu bulunmuştur. Koroner kalp hastalıklarında bağımsız risk faktörleri olarak gösterilmiştir

İritabl Duygudurum

Snaith ve Taylor tarafından ilk kez 1985'de tanımlanmıştır. Bu tanıma göre iritabilite öfke ile ilişkili kontrolün azalması ile karakterize ve genellikle sözel ya da davranışsal öfke patlamaları ile sonuçlanan bir duygu halidir. Özellikle majör depresif bozukluk gibi diğer psikiyatrik sendromların bir parçası olabilir ancak duygudurumdan bağımsız olarak görülebilmektedir. Birçok çalışmada gösterildiği gibi, iritabilite ve ilişkili fenomenler (hostilite, içe atılan öfke) kardiyovasküler hastalıklar gibi şiddetli pek çok fiziksel hastalık gelişiminde risk faktörü olarak rol oynayabilir (45).

Bir üniversite hastanesine ayaktan başvuran 146 endokrinolojik hastanın alındığı çalışmada DCPR ile tanı konulan irritabilite sıklığı %46 olarak bulunmuştur (22). Bu oran diğer klinik ortamlarda %10-15 civarındadır (1).

Sıklıkla tip A davranış ve majör depresif bozukluk ile birlikte görülse de bu iki tanıyı alan hastalarının tümünün irritabilite tanı ölçütlerini karşılamadığı gösterilmiştir. Farklı klinik ortamlarda ayaktan tedavi alan ardışık 609 hastanın alındığı bir çalışmada majör depresyon tanılı hastanın %67'sinin DCPR ile belirlenen irritabl duygudurum tanı kriterlerini karşılamadığı, tersi olarak DCPR ile, irritabl duygudurum tanısı alan hastaların %77 sinin DSM-IV majör depresyon tanı kriterlerini karşılamadığı bulunmuştur (19).

TARTIŞMA

DSM-IV'te tanımlanan somatoform bozukluk kavramlarının temelinde bilinen genel tıbbi durumun doğrudan etkileri ile açıklanamaması hali kilit rol oynar. Bu durum zihin-beden ikililiğini teşvik etmekte klinikte problematik bir hal almaktadır. DSM-5'te bedensel belirtilerin tıbbi olarak açıklanamaması yerine pozitif semptomlar düzeyinde bir tanımlama ile hastanın bedensel belirtiler hakkındaki düşünce duygu ve davranışlarının orantısızlığı/aşırılığı üzerine dikkat çekilmiş olup, bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar başlığı altında pek çok değişikliğe gidilmiştir. Somatizasyon bozukluğu, hipokondriyazis, ağrı bozukluğu, farklılaşmamış somatoform bozukluklar başlıkları altındaki alt grup hastalıklar kaldırılmış, tanı ölçütleri yeniden gözden geçirilerek düzenlenmiştir. Bununla birlikte, hastalık inkarı, ölüm korkusu (tanatofobi), aleksitimi, tip A davranış, demoralizasyon, irritabl duygudurum gibi birçok psikosomatik belirti kümesine yer verilmemiştir. Ek olarak, hastalıklar üzerine hangi psikolojik faktörlerin etkili olduğunu amaçlayan yaklaşımdan ziyade, hastalıkları kategorileştirmeye odaklanılan bir yaklaşım sunmaktadır. Sonuçta, bir takım yazarlarca eldeki geleneksel sınıflandırma sistemleri psikosomatik tıp alanında klinik yararlılığın temel gereksinimlerini karşılamada ve hastalık sürecini etkileyen önemli pek çok psikolojik faktörü tespit etmekte yetersiz kaldığı görüşü

ortaya atılmıştır (20). Kısıtlı literatür verileri ışığında, DSM-IV'e benzer şekilde DSM-5'de de, DCPR ile saptanabilen bir takım psikosomatik belirti kümesinin ihmal edilmiş olduğu kanaatindeyiz. DCPR'dan farklı olarak somatizasyon alt grup tanılarının koyulabilmesi için başka bir ruhsal hastalık ile daha iyi açıklanamayacağı şart koşulmuştur. DCPR'da ise birden fazla alt grup tanısı aynı kişide beraberce konulabilmesi klinisyene daha geniş bir pencereden bakma imkanı sunabilir (1). Bildiğimiz kadarıyla, literatürde bu konuda yapılmış yalnızca bir çalışma bulunmaktadır. Yetmiş kronik konjestif kalp yetmezliği tanılı hastanın alındığı bu çalışmada, DSM-5 sistemi ile tanı alan hastaların tümünün en az 1 DCPR tanısı aldığı, öte yandan, hastaların %23'ünün DSM-5 ile tanı almaz iken en az 1 DCPR tanısı aldığı bulunmuştur. Yazarlar, bu sonuçlara ilişkin olarak; DCPR'ın hastalık süreçlerine ilişkin psikolojik faktörleri saptama ve sınıflandırmada DSM-5'e göre daha duyarlı olduğu hipotezlerinin desteklendiği kanısına varmışlardır (5).

Pek çok farklı tıbbi ortamda yapılan çalışmalarda en az bir DCPR tanısı alan hastaların yüksek yaygınlık oranları dikkati çekmektedir. Çalışmalarda onkoloji hastalarında %28.6, dermatoloji kliniklerinde bu oran ortalama olarak %50 iken, konsültasyon liyezon psikiyatrisi, gastroenteroloji ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde %85 ile %96 aralığında bildirilmiştir kaynak (20, 30, 31, 46). Nöropsikiyatri merkezine ayaktan başvuran ve 6aydan fazla süredir açıklanamayan çoklu bedensel yakınmalar tarif eden hastaların alındığı bir çalışmada bu oran %80, 39 morbid obez hastada yapılan güncel başka bir çalışmada ise yaygınlık %92 bulunmuştur (47, 48).

İlgili literatürde, DSM-IV ile tanı koyma oranlarının, eşik altı sendrom kümelerinin, işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin karşılaştırıldığı pek çok farklı çalışmaya baktığımızda ise, DCPR tanı sistemi ile tanı alan DSM ile tanı konulmayan hasta oranının(%29), DSM tanı sistemi ile tanı konulup DCPR ile tanı konulmayan hastalardan(%8) 3,6 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur, kardiyoloji, gastroenteroloji ve dermatoloji gibi kliniklerde dramatik farklılıklar dikkati çekmektedir (1). Porcelli ve arkadaşları

ayaktan tedavi 190 fonksiyonel gastrointestinal sistem bozukluğu tanılı grupta %4'ü DCPR ile tanı almaz iken DSM-IV ile en az bir tanı aldığı, öte yandan %17'sinin ise DSM-IV ile herhangi bir tanı almaz iken DCPR ile en az 1 tanı aldığını bildirmişlerdir(23). Grandi ve arkadaşlarının kalp nakli alıcıları üzerine yaptıkları çalışmada, araştırma örnekleminin %3'ü DCPR ile herhangi bir tanı almaz iken DSM-IV ile en az 1 tanı almıştır , %43'ü ise DSM-IV ile herhangi bir tanı almaz iken DCPR ile en az 1 tanı aldığı bildirilmiştir (27). Bir onkoloji kliniğinde ayaktan tedavi gören hastaların %3'ü DSM-IV ile en az 1 tanı alır iken DCPR ile tanı almamış , %38'inin DSM-IV ile herhangi bir tanı almayıp DCPR ile en az 1 tanı almıştır (30). Picardi ve arkadaşlarının geniş heterojen bir grup dermatoloji hastalarında yaptıkları çalışmada, hastaların %13'ü DSM-IV ile en az 1 tanı alır iken DCPR ile tanı almamış , %23'ü ise DSM-IV ile herhangi bir tanı almayıp DCPR ile en az 1 tanı almıştır (33). Bu veriler ışığında, DSM sistemi ve DCPR'in tanı koyma oranlarını karşılaştıran yazarlar, DSM-IV sistemi ile tanı konulamayan atlanılan pek çok vakanın DCPR sistemi ile tespit edilebileceğini düşünmüşlerdir. Farklı klinik ortamlarda DSM sistemi ile birlikte uygulanan DCPR'in tıbbi hastalıklarla ilişkili psikososyal bozuklukları tanıma şansını arttıracığına işaret etmişlerdir (49). Picardi ve arkadaşlarının geniş ve heterojen bir grup dermatoloji hastalarında yaşam kalitesi Skindex-29 ile değerlendirilmiş, DCPR veya DSMIV ile tanı almayan grupta diğer 3gruba (≥ 1 DCPR , ≥ 1 DSMIV , ≥ 1 DCPR ve ≥ 1 DSMIV) göre emosyonel ve fonksiyonel alt ölçeklerden anlamlı oranda daha düşük puan aldıkları , ≥ 1 DCPR ve ≥ 1 DSMIV grubunda ise yalnızca ≥ 1 DCPR ile tanı alan gruba göre emosyon ve fonksiyon alt grupta daha yüksek puan aldıkları , semptom alt grubunda ise DCPR veya DSM-IV ile tanı almayan gruba göre daha yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir (33).

Literatürde hastalıklara özgü işlevselliğin değerlendirildiği ölçekler ile özgün değerlendirmeler yapılarak, DCPR tanılarının işlevsellik üzerine etkilerini araştıran birkaç çalışmaya rastlamak mümkündür. Porcelli ve arkadaşlarının çalışmasında en az 1 DCPR tanısı alanların, almayan gruba oranla SF-36'nın tüm alt

ölçekleri (vitalite (canlılık) ,fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık durumu, emosyonel fonksiyon , sosyal fonksiyon ve ruhsal sağlık) açısından istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksek puanlar aldıkları bildirilmiştir (49). Grassi ve arkadaşlarının 105 meme kanseri tanılı hastada DCPR tanısı alanlar almayan gruba göre ; istatistiksel anlamda Yaşam Kalitesi Ölçeği ile belirlenen daha fazla fiziksel semptomlar ,daha kötü iyilik hali ve daha az oyalayıcı etkinlikler sergilediklerini göstermişlerdir (50). Bu veriler, DCPR tanı varlığının ve şiddetinin fiziksel hastalıkta işlevselliğin düşüşü ile ilişkisinin istatistiksel anlamlılığını ortaya koymaktadır .

DCPR sistemi, psikolojik belirti alt kümelerinin tanınması ve ayrıştırılması ile uygulanacak müdahaleler sonucunda, gelecekte hastalık ile ilişkili maliyet ve işlev kayıplarının azaltılması açısından umut vadeci görünmektedir. Pek çok dilde geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış, uygulanabilir DCPR gibi yeni sistemleri, DSM gibi geleneksel tanı sistemlerine ek olarak uygulanması, eşik altı ya da atlanılan sendromların tespiti, tıbbi hastalık yükünün ve alt tiplendirmelerinin yeniden belirlenmesi açısından önemli gibi görünmektedir. Güncel çalışmaların giderek çeşitli etnik gruplarda, DCPR uygulamalarında, nörodejenaratif hastalıklar, yeme bozuklukları gibi kısıtlı verilerin olduğu hasta gruplarında, farklı değişkenlerin de göz önüne alınarak yürütüldüğü özgün çalışmalar görülmektedir (5, 48). Bu eğilimin gelecek araştırmalarda da sürdürülmesi gerektiği, farklı tıbbi ortamlarda, uzunlamasına doğada, geniş örneklem gruplarındaki yeni tanımlayıcı çalışmalara ihtiyaç olduğu kanaatindeyiz.

Yazışma adresi: Uz. Dr. Gizem Aral, Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gaziantep, gizem.aral@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Porcelli P, Rafanelli C. Criteria for psychosomatic research (DCPR) in the medical setting. *Current psychiatry reports* 2010; 12:246-254.
2. Porcelli P, Guidi J. The clinical utility of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research: a review of studies. *Psychotherapy and psychosomatics* 2015;84:265-272.
3. Sirri L, Fava GA. Diagnostic criteria for psychosomatic research and somatic symptom disorders 2013;25:19-30.
4. Pilowsky I. Abnormal illness behaviour. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1969;42:347-351.
5. Guidi J, Rafanelli C, Roncuzzi R, Sirri L, Fava GA. Assessing psychological factors affecting medical conditions: comparison between different proposals. *General hospital psychiatry* 2013; 35:141-146.
6. Campbell RJ. *Psychiatric dictionary*. Oxford University Press; 1989.
7. Menninger WC. Somatization Reaction. *Psychosomatic Medicine* 1947;9:92-97.
8. Feder A, Olfson, M, Gameroff M, Fuentes M, Shea S, Lantigua RA, Weissman MM. Medically unexplained symptoms in an urban general medicine practice. *Psychosomatics* 2001; 42:261-268.
9. Haftgoli N, Favrat B., Verdon F, Vaucher P, Bischoff T, Burnand B, Herzig L. Patients presenting with somatic complaints in general practice: depression, anxiety and somatoform disorders are frequent and associated with psychosocial stressors. *BMC family practice* 2010;11: 67.
10. Katon W, Sullivan M, Walker E. Medical symptoms without identified pathology: relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma, and personality traits. *Annals of internal medicine* 2001; 134:917-925.
11. Aggarwal V.R, McBeth J, Zakrzewska JM, Lunt M, Macfarlane GJ. The epidemiology of chronic syndromes that are frequently unexplained: do they have common associated factors? *International Journal of Epidemiology* 2005;35:468-476.
12. Yücel B, Polat A. Somatizasyon Bozukluğu ve Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk. *Hekimler Yayın Birliği*; 2007:369-76.
13. Kirmayer LJ, Young A. Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosomatic medicine* 1998;60:420-430.
14. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1988;145:1358-1368.
15. Barsky AJ, Goodson JD, Lane RS, Cleary PD. The amplification of somatic symptoms 1988;50:510-519.
16. Dereboy IF. Aleksitimi özbidirim ölçeklerinin psikometrik özellikleri üzerine bir çalışma. Ankara: HÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. analysis, *Psychological Reports* 1990;100:1129-1139.
17. Taylor GR, Bagby, Parker J. The development and regulation of affects: Disorders of affect regulation. Cambridge: Cambridge University Press; 1997.
18. Kellner R. *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. American Psychiatric Pub; 1991.
19. Mangelli L, Semprini F, Sirri L, Fava GA, Sonino N. Use of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR) in a community sample. *Psychosomatics* 2006; 47:143-146.
20. Mangelli L, Bravi A, Fava GA, Ottolini F, Porcelli P, Rafanelli C, Rigatelli M, Sonino N. Assessing somatization with various diagnostic criteria. *Psychosomatics* 2009; 50:38-41.
21. Grandi S, Fabbri S, Tossani E, Mangelli L, Branzi A, Magelli C. Psychological evaluation after cardiac transplantation: the integration of different criteria 2001;70:176-183.
22. Sonino N, Navarrini C., Ruini C, Ottolini F, Paoletta A, Fallo F, Fava GA. Persistent psychological distress in patients treated for endocrine disease 2004; 73:78-83.
23. Porcelli P, Carne M, Fava GA. Assessing somatization in functional gastrointestinal disorders: integration of different criteria. *Psychotherapy and psychosomatics* 2000; 69: 198.
24. Stone J, Smyth R, Carson A, Lewis S, Prescott R, Warlow C, Sharpe M. Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and "hysteria". *BMJ* 2005; 331:989.
25. Engel GL, Schmale AH. Psychoanalytic theory of somatic disorder conversion, specificity, and the disease onset situation. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 1967;15: 344-365.
26. Porcelli P, Fava GA, Rafanelli C, Bellomo A, Grandi S, Grassi L, Sonino N. Anniversary reactions in medical patients. *The Journal of nervous and mental disease* 2012;200:603-606.
27. Grandi S, Fabbri S, Tossani E, Mangelli L, Branzi A, Magelli C. Psychological evaluation after cardiac transplantation: the integration of different criteria. *Psychotherapy and psychosomatics* 2001;70:176-183.
28. Fava GA, Grandi S. Differential diagnosis of hypochondriacal fears and beliefs. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1991; 55:114-119.
29. Sirri L, Grandi S, Fava GA. The illness attitude scales. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2008;77:337-350.
30. Grassi L, Sabato S, Rossi E, Biancosino B, Marmai L. Use of the diagnostic criteria for psychosomatic research in oncology. *Psychotherapy and psychosomatics* 2005;74:100-107.
31. Ferrari S, Galeazzi GM, Mackinnon A, Rigatelli M. Frequent attenders in primary care: impact of medical, psychiatric and psychosomatic diagnoses. *Psychotherapy and psychosomatics* 2008;77:306-314.
32. Ben-Zur H, Breznitz S, Wardi N, Berzon Y. Denial of HIV/AIDS and preventive behaviour among Israeli adolescents. *Journal of adolescence* 2000;23:157-174.
33. Picardi A, Pasquini P, Abeni D, Fassone G, Mazzotti E, Fava GA. Psychosomatic assessment of skin diseases in clinical practice. *Psychotherapy and psychosomatics* 2005;74:315-322.
34. Ryle J.A. Angor animi, or the sense of dying. *Guy's Hospital reports*. 1950;99:230.
35. Fava GA, Mangelli L. Hypochondriasis and anxiety disorders. *Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient ma*

lady 2001; 89-102.

36. Mayer-Gross W, Slater E, Roth M. *Clinical psychiatry*; 1960.

37. Fava GA, Fabbri S, Sirri L, Wise, TN. Psychological factors affecting medical condition: a new proposal for DSM-V 2007; 48:103-111.

38. De Figueiredo JM. Depression and demoralization: phenomenologic differences and research perspectives 1993; 34:308-311.

39. Anda R, Williamson D, Jones D, Macera C, Eaker E, Glassman A, Marks J. Depressed affect, hopelessness, and the risk of ischemic heart disease in a cohort of US adults. *Epidemiology* 1993; 285-294.

40. Mangelli L, Fava GA, Grandi S, Grassi L, Ottolini F, Porcelli P, Sonino N. Assessing demoralization and depression in the setting of medical disease. *The Journal of clinical psychiatry* 2005.

41. Taylor GJ. Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment. *The American Journal of Psychiatry* 1984.

42. Barbosa F, Mota C, Patrício P, Alcântara C, Ferreira C, Barbosa A. Alexithymia and clinical variables in SLE patients 2011; 80:123-124.

43. De Vries A, Forni V, Voellinger R, Stiefel, F. Alexithymia in cancer patients: review of the literature. *Psychotherapy and psychosomatics* 2012;81:79-86.

44. Friedman MJFC. Treating Type A behavior and your heart; 1974.

45. Chida Y, Steptoe A. The association of anger and hostility with future coronary heart disease: a meta-analytic review of prospective evidence 2009;53:936-946.

46. Galeazzi GM, Ferrari S, Mackinnon A, Rigatelli M. Interrater reliability, prevalence, and relation to ICD-10 diagnoses of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research in consultation-liaison psychiatry patients. *Psychosomatics* 2004; 45:386-393.

47. Desai G, Chaturvedi SK. Do Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research Explain Diagnosis of Medically Unexplained Somatic Symptoms? *Psychotherapy and psychosomatics* 2016; 85:121-122.

48. Venditti F, Cosci F, Bernini O, Berrocal C. Criterion validity of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research in patients with morbid obesity. *Psychotherapy and psychosomatics* 2013; 82:411-412.

49. Porcelli P, Bellomo A, Quartesan R, Altamura M, Iuso S, Ciannameo I, Piselli M, Elisei S. Psychosocial functioning in consultation-liaison psychiatry patients: influence of psychosomatic syndromes, psychopathology and somatization. *Psychotherapy and psychosomatics* 2009;78:352-358.

50. Grassi L, Rossi E, Sabato S, Cruciani G, Zambelli M. Diagnostic criteria for psychosomatic research and psychosocial variables in breast cancer patients. *Psychosomatics* 2004; 45:483-491.

Ek-1 Psikosomatik araştırmalar için tanı ölçütleri

Sağlık Kaygısı (A ve B gereklidir)
A. 6 aydan daha kısa süredir var olan hastalıkla ilgili genel endişe, ağrı ile ilgili kaygılar ve bedenle aşırı meşguliyet (bedensel duyuları abartma eğilimi).
B. Endişe ve korkular uygun tıbbi güvenceye kolayca yanıt vermekle birlikte belli bir zaman sonra yeni endişeler ortaya çıkabilmektedir.
Ölüm Korkusu (A'dan C'ye tüm maddeler gereklidir)
A. Korkularını açıklayan nesnel tıbbi neden olmamasına rağmen ölümün yaklaştığı duygusunu ve/veya yakında öleceği inancını içeren ataklar
B. Ölümü hatırlatan haberlerden (örneğin, cenaze, ölüm ilanları) belirgin, sürekli korku ve kaçınma; bu uyarılara maruz kalma hemen her zaman ani kaygı yanıtını tetikler
C. Kaçınma, beklenti kaygısı ve sıkıntı kişinin işlevsellik düzeyini belirgin olarak etkiler
Hastalık Korkusu (A'dan C'ye tüm maddeler gereklidir)
A. Uygun muayeneye ve güvence vermeye rağmen devam eden, belirli bir hastalığı (örn. AIDS, kanser) olduğuna dair yersiz ve kalıcı korkular
B. Hipokondriazisteki kalıcı kronik kaygılardan farklı olarak buradaki korkular ataklar halinde ortaya çıkar; panik ataklar bu görünümle ilişkili olabilir
C. Korku nesnesi zamanla değişmez ve belirtilerin süresi 6 ayı geçmektedir
Hastalık İnkarı (A ve B gereklidir)
A. Fiziksel bir hastalığın belirti, bulgu, tanı ve tedavisine tepki olarak, bir fiziksel hastalığa sahip olduğunu ve tedaviye ihtiyacı olduğunu ısrarla inkar (örneğin; uyumun olmaması, ciddi ve kalıcı belirtiler için tıbbi başvuruyu geciktirme, karşıt fobik davranış)
B. Hastaya tıbbi durumun ne olduğu ve nasıl bir yol izleneceği konusunda anlaşılır ve kesin bir bilgi verilmiştir
Kalıcı Somatizasyon (A ve B gereklidir)
A. Süresi 6 aydan uzun olan, sıkıntıya ya da tekrarlayan tıbbi tedavilere neden olan ya da yaşam kalitesinde bozulmaya neden olan işlevsel tıbbi bozukluklar (örn. fibromiyalji, yorgunluk, özefagus motilite bozuklukları, ülserle bağlı olmayan dispepsi, irritabl barsak sendromu, nörosirkulatuarasteni, üretral sendromlar)
B. Diğer organ sistemlerini de kapsayan ek olarak otonomik uyarılma belirtileri vardır (örn. çarpıntı, terleme, tremor, kızarma) ve ağrı eşliğinde düşme ve yüksek etkilenme düzeyi ile giden tıbbi tedavilere abartılı yan etki görülür
Yıldönümü Reaksiyonu (A'dan C'ye tüm maddeler gereklidir)
A. Otonomik uyarılma belirtileri (çarpıntı, terleme, tremor, flushing) ya da işlevsel tıbbi hastalık (örneğin irritabl barsak sendromu, fibromiyalji, nörosirkulatuar asteni) belirtileri ya da sıkıntıya veya tekrarlayan tıbbi bakıma veya yaşam kalitesinde bozulmaya sebep olan konversiyon belirtileri
B. Uygun tıbbi değerlendirme sonucunda fiziksel belirtileri açıklayan organik patoloji saptanamamıştır
C. Belirtiler, hasta ebeveyninin ya da çok yakın aile üyesinin ölümcül bir hastalık geliştirdiği ve/veya öldüğü yaşa geldiği zaman ya da bu olayın yıldönümünde başlar. Kişi bu ilişkinin farkında değildir

Konversiyon Belirtileri (A'dan C'ye tüm maddeler gereklidir)
A. Fizyolojik nedenlerin anatomik olarak yokluğu ve/veya beklenen fiziksel ve laboratuvar bulguların yokluğu ve/veya klinik özelliklerle örtüşmeme ile karakterize, istemli motor ya da duyuşal işlevin etkilendiği bir ya da daha fazla belirti veya defisit. Otonomikuyarılma (çarpıntı, terleme, tremor, flushing) veya işlevsel tıbbi hastalık (örneğin fibromiyalji, yorgunluk, özefagus motilite hastalığı, ülsersiz dispepsi, irritabl barsak sendromu, nörosirkulatuarasteni, üretral sendrom) belirtileri varsa, distrese, tekrarlayan tıbbi bakıma sebep olan ve yaşam kalitesinde bozulma ile sonuçlanan konversiyon belirtileri önde olmalı
B. Aşağıdaki özelliklerden en az ikisi gereklidir: 1. Belirtilerin anlatımında ambivalans (örneğin hasta rahat görünür veya kişi rahatsızlık veren belirtileri tarif ederken endişeli değildir) 2. Histrionik kişilik özellikleri (renkli ve dramatik anlatım, dil ve görünüm, aşırı ilgi ihtiyacı, yüksek telkine yatkınlık, hızlı duygulanım değişimleri) 3. Hastanın farkında olmadığı bir şekilde belirtilerinin psikolojik stres tarafından tetiklenmesi 4. Hasta benzer fiziksel belirtileri daha önce de yaşamıştır ya da başka birinin yaşadığını gözlemlemiştir ya da aynı belirtilerin başka birinde olmasını istemiştir
C. Uygun tıbbi değerlendirme sonucunda fiziksel belirtileri açıklayan organik patoloji saptanamamıştır

Dirençsizlik (A'dan C'ye tüm maddeler gereklidir)
A. Hastanın kendi (ya da başkalarının) beklentilerini karşılamakta başarısız olduğu ya da bazı zorlayıcı sorunlarla başa çıkamadığı hissini yaşadığı duygusal durum; hasta çaresizlik, umutsuzluk veya vazgeçmişlik yaşamaktadır
B. Bu duygudurum uzamış ve yaygın olmalıdır (en az 1ay)
C. Bu duygu tıbbi bir bozukluğun görünümünün başlangıcından hemen önce ortaya çıkmıştır ya da bu hastalığın belirtilerini alevlendirir

İrritabl duygudurum (A'dan C'ye tüm maddeler gereklidir)
A. Özel durumlarda kısa epizotlar olarak yaşanabilen veya uzayıp yaygın hale gelen irritabl duygudurum ile karakterize duygusal durum; öfke kontrolü için kişinin yoğun bir çaba sarf etmesi gerekmekte veya öfkeli sözel veya davranışsal patlamalar ile sonuçlanmaktadır
B. İrritabilite yaşantıları kişi için her zaman rahatsız edicidir ve açık dışavurumlar hakkı öfke ifadelerindeki katartik etkiden yoksundur
C. Bu duygu bir tıbbi bozukluğun belirtilerini tetikleyen ya da alevlendiren stres ile ilişkili fizyolojik yanıtlar ortaya çıkarır

Aleksitimi (A gereklidir)
A. Aşağıdaki 6 özellikten en az 3'ü olmalıdır: 1. Duygularını (emosyon= heyecanlanınca kalbin hızlanması) uygun kelimelerle tanımlamada yetersizlik 2. Hissedilenler (feeling) yerine ayrıntıları tanımlamaya yatkınlık (örneğin duygularından daha çok olayın geliştiği çevreyi anlatmak gibi) 3. Zengin fantezi dünyasının yokluğu 4. Düşünce içeriği, fanteziler ya da duygular yerine daha çok dışsal olaylarla ilişkilidir 5. Çeşitli hislenme yaşantılarına eşlik eden yaygın somatik tepkilerin farkında olmama 6. Nadir ancak şiddetli ve sıklıkla uygunsuz duygusal (afektif) davranış patlamaları

Tip A davranış (A ve B gereklidir)
A. Aşağıdaki 9 özellikten en az 5'i olmalıdır: 1. İş veya zamanla sınırlı başka etkinlikler ile aşırı meşguliyet 2. Sürekli ve yoğun yaşanan zamanla ilişkili sıkışıklık hissi 3. Zaman baskısı altında olduğunu gösteren motor davranış ifadeleri(hızlı ve patlayıcı konuşma, ani beden hareketleri, yüz kaslarında gerginlik, el kol hareketleri) 4. Düşmanlık ve kötümserlik 5. İritabl duygudurum 6. Fiziksel aktivitelerde hızlı/sabırsız olmaya yatkınlık 7. Zihinsel aktivitelerde sabırsız olmaya yatkınlık 8. Yüksek yoğunlukta yaşanan başarıma ve tanınma arzusu 9. Yüksek rekabet
B. Bu duygu bir tıbbi bozukluğun belirtilerini tetikleyen ya da alevlendiren stres ile ilişkili fizyolojik yanıtlar ortaya çıkarır
Psikiyatrik bozukluğa ikincil işlevsel somatik belirtiler (A'dan C'ye tüm maddeler gereklidir)
A. Otonomik uyarılma (çarpıntı, terleme, tremor, flushing) ya da işlevsel tıbbi hastalık (örneğin iritabl barsak sendromu, fibromiyalji, nörosirkulatuar asteni) belirtilerinin neden olduğu sıkıntı hali ya da tekrarlayan tıbbi bakım arama ya da yaşam kalitesinde bozulmanın gelişmesi
B. Uygun tıbbi değerlendirme sonucunda fiziksel belirtileri açıklayan organik patoloji saptanamamıştır
C. Psikiyatrik bozukluk (kliniğinde somatik belirtiler içeren) işlevsel somatik belirtilerin başlangıcından önce başlamıştır (örneğin panik bozukluğu ve kardiyak belirtiler)

Diagnosis and treatment process of comorbid bipolar disorder in a patient diagnosed with autism: Case report

Otizm tanılı bir hastaya bipolar bozukluk ek tanısı konulması ve tedavi yönetimi süreci: Olgu Sunumu

Nermin Gündüz¹, Işık Karakaya², Hatice Turan³, Feyza Çelik¹

¹Assist. Prof., Dumlupınar University Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, Kütahya, Turkey <https://orcid.org/0000-0002-0188-6232>, <https://orcid.org/0000-0003-2128-3014>

²Prof. Dr., İstanbul Special Moodist Neurology and Psychiatry Hospital, Department of Child and Adolescent Mental Health, İstanbul, Turkey <https://orcid.org/0000-0001-8677-969X>

³M.D., İstanbul Special Moodist Neurology and Psychiatry Hospital, Department of Psychiatry, İstanbul, Turkey

SUMMARY

Depression is one of the main psychiatric comorbidity reported in individuals with autism spectrum disorder (ASD). However, some cases of bipolar disorder accompanying ASD have been reported. In the past, there was a tendency to attribute all psychiatric problems in autistic children and adults to autism itself. Nowadays, there is not only an increase in the number of studies on other medical conditions especially neurological conditions in ASD but also there is an increasing effort in defining the comorbide psychiatric disorders. Comorbid psychiatric conditions can make disease management difficult in cases of autism. The precise and reliable diagnosis of psychiatric disorders accompanying children and adolescents with autism is of great importance. More specific treatment options are possible when problematic behaviors are accepted only as a manifestation of comorbid psychiatric disorder from isolated behavior. In this case report, we aimed to present the diagnosis and management of an adolescent autism diagnosed patient and comorbid bipolar disorder.

Key Words: Bipolar disorder, mania, autism, valproate, pervasive developmental disorder

ÖZET

Depresyon, otizm spektrum bozukluğu (OSB) tanılı hastalarda bildirilen başlıca psikiyatrik ek tanılardandır. Bununla birlikte son yıllarda OSB tanılı bireylerde eşlik eden bipolar bozukluk tanıları da bildirilmeye başlanmıştır. Geçmişte ne yazık ki otizm tanılı çocuk ya da erişkin hastalardaki ruhsal sorunların önemli bir kısmı otizmin kendisine bağlı davranış sorunlarına atfedilmekte idi. Günümüzde nörolojik ek tanılar başta olmak üzere OSB'na eşlik eden diğer tıbbi durumlar üzerine yapılan çalışmaların sayısındaki artışın yanısıra OSB'ye eşlik eden psikiyatrik bozuklukların tanımlanmasında da gideren artan bir çaba bulunmaktadır. OSB tanılı hastalardaki psikiyatrik ek tanılar hastalığın tedavi yönetimini güçleştirmektedir. Bu nedenle bu ek ruhsal tanıların erken tanınması ve tedavi planının oluşturulması önemlidir. Biz bu vaka bildiriminde, bipolar bozukluk ek tanılı ergen bir OSB vakasında tanı konulması ve tedavi sürecini anlatmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Bipolar bozukluk, mani, otizm, valproat, yaygın gelişimsel bozukluk

(*Turkish J Clinical Psychiatry* 2019;22:243-247)

DOI: 10.5505/kpd.2018.60251

INTRODUCTION

Autism spectrum disorder; Autism, Asperger's disorder, pervasive development disorder-not otherwise specified and Disintegrative disorder have been collected under the same title by excluding the Rett disorder in DSM-5 (1). In the past, there was a tendency to attribute all psychiatric problems in autistic children, adolescents and adults to autism itself (2). Possible reason may be that the autism spectrum disorder may involve a serious and comprehensive labeling of the psychiatric problems that may occur secondary, tertiary or later in the disease (3). Nowadays, there is not only an increase in the number of studies on other medical conditions especially neurological conditions in autistic individuals but also there is an increasing effort in defining the comorbide psychiatric disorders (4).

Depression is one of the main psychiatric comorbidity in individuals with autism spectrum disorder (5,6). However, some cases of bipolar disorder accompanying autism spectrum disorder have been reported (7,8). Literature emphasizes the comorbidity between autism spectrum disorder and mood disorders especially depression and bipolar disorder (9,10). But depressive symptoms are sometimes recognized in high-functioning autistic individuals while hypomanic symptoms are often overlooked and undiagnosed. Also high-functioning autism itself is sometimes not recognized and not diagnosed in adolescents or young adults with other psychological complaints (11).

Of course, comorbid psychiatric conditions can make disease management difficult in autism. The precise and reliable diagnosis of psychiatric disorders accompanying children and adolescents with autism is of great importance. More specific treatment options are possible when problematic behaviors are accepted only as a manifestation of comorbid psychiatric disorder from isolated behavior (4). Thus, in this case report, we aimed to present the diagnosis and management procedure of manic episode in an adolescent patient diagnosed with autism. Written informed consent was obtained from the patient and his family who were followed up regularly in our clinic.

CASE REPORT

16 years old male adolescent patient who was diagnosed with autism when he was 4 years old admitted to our outpatient clinics with the complaints of sleep disturbances, irritability, increased motor activity, increased rate and amount in the speech and aggressive behaviors.

Psychiatric History

He completed 8th grade of integration class. He is the only child of a family living as a core family. His parents had no psychiatric history.

He had neuromotor developmental retardation like sitting, walking and speaking. He was taken to a child psychiatry outpatient clinics with the complaints of lack of facial expressions and abnormalities in eye contact and body language, delay in speaking, stereotyped or repetitive motor movements like lining up toys or flipping objects and sleep disturbances when he was 4 years old. He was diagnosed with autism. He had different psychopharmacological treatment regimens like fluoxetine, methylphenidate and risperidone because of overreacting to changes, sleep disturbances and behavioral problems.

His overreacting to the changes like new shoes and clothes, television channels, bus-stops, school desk increased seasonally for the last 4 years. Because of the decreased need for the sleep, he was sleeping late at night and waking up early. He had irritability and hostile attitudes and behaviours towards his parents. He had verbal and physical violence like damaging the equipments around him. He had self-talk, increased psychomotor activity, increased speed and amount of speech. He was also more lively, energetic and cheerful than normal. He had platonic love towards the people he saw on television. These symptoms began in the spring and lasted until the summer for the last 4 years. He had a platonic love towards one of his classmates last year. He had physical and verbal violence to other friends when they got close to his platonic love. Thus, his mother often had to go to the school because of his hostility in the classroom. As the patient's complaints increased seasonally 4 months

ago, risperidone 0,5 mg per day was given to him by his parents. His sleep returned to normal after risperidone. But, his hostile behaviour towards his family and classmates continued. Also he had persecution delusions -thinking that his classmates planned a game to separate him from the girl he interested in and he had also erotomanic delusions -thinking that other girls in the class fell in love with himself. Because of the behavioral problems he had in the school like irritability, aggression, swearing, dividing lessons with a lot of speech, damaging his friends, he was taken from the school. But his psychiatric complaints increased in the compulsory holiday in the house. He had psychomotor agitations because he could not sleep despite the risperidone 1 mg per day. Also he had increased libido. He masturbated when he saw a woman wearing especially jeans. When he was brought to the school for the final examination, he attacked his friend during the examination because of his paranoid thoughts.

Clinical follow-up and treatment

Complete Blood Count, biochemistry, thyroid function tests were all normal. Magnetic resonance imaging (MRI), electroencephalogram (EEG) and pediatric neurological consultations were reported to be normal. Also there were no environmental changes that could explain or contribute to the patient's complaints. In the light of the psychiatric history taken from his family and himself and the mental state examination of the patient, he was diagnosed with High Functional Autism and Bipolar I disorder Manic episode psychotic feature according to DSM 5. Also we learnt that he didn't have any depressive episode. Following family psychoeducation about the disorder due to manic symptoms valproate 400 mg per day as a mood stabilizer and risperidone 2 mg per day for the psychotic symptoms were started. Manic symptoms were followed by Young Mania Rating Scale (YMRS). During the weekly follow up period, scores of YMRS were found to be 39-30-28-11 points respectively. We observed markedly improvement in manic symptoms, psychomotor agitation and psychotic symptoms after four weeks follow up. The follow-up of the patient continues with the remission. The blood Valproate level of the patient was measured as 47,94.

DISCUSSION

Here we presented the diagnosis and management procedure of manic episode in a 16-year old adolescent patient diagnosed with autism in an adult psychiatry unit. Although depression is one of the main psychiatric comorbidity in autism spectrum disorder (6), the increase in relevant studies about the comorbidity of Bipolar Disorder and Autism Spectrum Disorders is noteworthy in the recent years (8, 11). In a comparative study conducted among 438 high-functioning autistic patients with a mean age of 12.7 ± 3.2 ; 2.1% of these patients were found to have Bipolar Disorder (12). In another study conducted among 66 patients diagnosed with autism spectrum, 14 of these patients were diagnosed with mania as a comorbid psychiatric condition (10). Our patient was diagnosed with autism when he was 4 years old and during the last 4 years he had seasonal cycle manic and hypomanic episodes. Behavioral symptoms observed during the patient's manic or hypomanic episodes were attributed to autism itself by the family and risperidone was given to the patient. But the symptoms did not regress. Also he had erotomanic and persecution delusions and hostile behaviors towards the family and friends because of his delusions. He also had decreased need for sleep and increased libido, psychomotor mobility and speech. He was diagnosed with comorbid Bipolar I disorder Manic episode psychotic feature according to DSM 5.

In a study conducted among 35 patients with Asperger Syndrome, 13 patients (37,1%) were reported to have a mood disorder according to DSM IV. Of these 13 patients, 8 had MDD, 4 had dysthymic disorder, and 1 had BPD (6). Wozniak et al. reported that 21.2% of 66 patients with autism (57 of them high-functioning autism) had mania as a mood disorder in their study (10). These findings emphasize that clinicians should pay attention to manic and hypomanic symptoms in adolescents and young adults with autism especially with high-functioning autism.

There are also biological similarities between these two disorders (e.g. decreased serum melatonin levels (13,14) and impaired sleep and circadian rhythms (15,16). Thus, the clinicians must carefully

question the sleep disturbances in their patients with autism in order to clarify the accompanying mood disorders especially mania or hypomania. Our patient had decreased need for sleep which was evident for seasonally.

Although the accompanying mood disorders are well defined in autism, there is very little information about the treatment of comorbid bipolar disorder in adolescents with autism spectrum disorder (17-19). Lainhart et al. found that classical antipsychotics such as haloperidol, chlorpromazine, thioridazine, and mood stabilizers such as lithium and carbamazepine are less effective in treating mania in children with autism (17). Contrary to this, in the new double blind placebo controlled studies, it has been proven that second generation antipsychotic risperidone is well tolerated and effective in managing irritability, destructive, aggressive, and self-harmful behavior in young people with autism (18,19). Also, in a case report reported by Frazier et al. comorbid bipolar disorder in a patient diagnosed with Asperger's Syndrome, patient's behavioral symptoms were reported to improve after treatment with lithium, risperidone and clonazepam (7). Because our patient had severe irritability, hostility and destructive behaviours like damaging the equipments and his friends and psychotic symptoms like delusions of perception and erotomanic delusions, risperidone was started and sodium valproate was added as a mood stabilizer agent in the treatment of the patient.

In our daily clinical practice, depressive symptoms in autism are sometimes unrecognized, while hypomanic and manic symptoms are often unrecognized or overlooked (20). In this case report, we wanted to emphasize that clinicians should carefully question the symptoms of mood disorders that may be attributed to autism in patients with autism.

Correspondence Adress: Assist. Prof. Nermin Gündüz,
Department of Psychiatry, Dumlupınar University, Kütahya,
Turkey ngunduz2798@hotmail.com

REFERENCES

1. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, Arlington VA, 2013.
2. Lainhart JE. Psychiatric problems in individuals with autism, their parents and siblings. *Int Rev Psychiatry* 1999;11:278-298.
3. Bolte S, Bosch G. The long-term outcome in two females with autism spectrum disorder. *Psychopathology*, 2005;38:151-154.
4. Leyfer OT, Folstein SE, Bacalman S, Davis NO, Dinh E, Morgan J, Tager-Flusberg H, Lainhart JE. Comorbid psychiatric disorders in children with autism: interview development and rates of disorders. *J Autism Dev Disord* 2006;36:849-861.
5. Ghaziuddin M, Tsai L, Ghaziuddin N. Comorbidity of autistic disorder in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1992;1:209-213.
6. Ghaziuddin M, Weidmer-Mikhail E, Ghaziuddin, N. Comorbidity of Asperger syndrome: a preliminary report. *J Intellect Disabil Res* 1998;42:279-283.
7. Frazier JA, Doyle R, Chiu S, Coyle JT. Treating a child with Asperger's disorder and comorbid bipolar disorder. *Am. J. Psychiatry* 2002;159:13-21.
8. Gutkovich ZA, Carlson GA, Carlson HE, Coffey B, Wieland N. Asperger's disorder and co-morbid bipolar disorder: diagnostic and treatment challenges. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2007;17:247-255.
9. Kurita H, Osada H, Shimizu K, Tachimori H. Bipolar disorders in mentally retarded persons with pervasive developmental disorders. *J Dev Phys Disabil* 2004;16:377-389.
10. Wozniak J, Biederman J, Faraone SV, Frazier J, Kim J, Millstein R, Gershon J, Thornell A, Cha K, Snyder JB. Mania in children with pervasive developmental disorder revisited. *J Am Acad Child Adolesc Psych* 1997;36:1552-1560.
11. Munesue T, Ono Y, Mutoh K, Shimoda K, Nakatani H, Kikuchi, M. High prevalence of bipolar disorder comorbidity in adolescents and young adults with high-functioning autism spectrum disorder: A preliminary study of 44 outpatients. *J Affect Disorder* 2008;111:170-5.
12. Axelson D, Birmaher B, Strober M, Gill MK, Valeri S, Chiappetta L, Ryan N, Leonard H, Hunt J, Iyengar S, Bridge J, Keller M. Phenomenology of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:1139-1148.
13. Kennedy SH, Kutcher SP, Ralevski E, Brown GM. Nocturnal melatonin and 24-hour 6-sulphatoxymelatonin levels in various phases of bipolar affective disorder. *Psychiatry Res* 1996;63:219-222.
14. Melke J, Goubran Botros H, Chaste P, Betancur C, Nygren G, Anckarsäter H, Rastam M, Ståhlberg O, Gillberg IC et al. Abnormal melatonin synthesis in autism spectrum disorders. *Mol Psychiatry* 2008;13:90-98.
15. Harvey AG, Mullin BC, Hinshaw SP. Sleep and circadian rhythms in children and adolescents with bipolar disorder. *Dev. Psychopathol* 2006;18:1147-1168.
16. Limoges E, Mottron L, Bolduc C, Berthiaume C, Godbout R. Atypical sleep architecture and the autism phenotype. *Brain* 2005;128:1049-1061.
17. Lainhart JE, Folstein SEM. Affective disorders in people with autism: a review of published cases. *J. Autism Dev Disord* 1994;24:587-601.
18. Nagaraj R, Singhi P, Malhi P. Risperidone in children with autism: Randomized, placebo-controlled, double-blind study. *J Child Neurol* 2006;21:450-455.
19. Shea S, Turgay A, Carroll A, Schulz M, Orlik H, Smith L, Dunbar F. Risperidone in the treatment of disruptive behavioral symptoms in children with autistic and other pervasive developmental disorders. *Pediatrics* 2004;114:634-641.
20. Munesue T, Ono Y, Mutoh K, Shimoda K, Nakatani H, Kikuchi M. High prevalence of bipolar disorder comorbidity in adolescents and young adults with high-functioning autism spectrum disorder: A preliminary study of 44 outpatients, *Journal of Affective Disorders* 2008;111:170-175.