

ISSN 1302-0099 / e-ISSN 2146-7153

KLİNİK psikiyatri

www.klinikpsikiyatri.org DERGİSİ



Yıl / Year: 2019

Cilt / Volume: 22

Sayı
Number **4**

ANP
Yayıncılık

İçindekiler / Contents

Editörden / Editorial

- 378 Editör'den
Mehmet Yumru

Araştırma Yazıları Research Articles

- 380 **2011 yılı Van-Erciş depremi sonrası yetişkinlerde travma sonrası stres bozukluğu**
Post traumatic stress disorder among adults in the aftermath of 2011 Van-Ercis earthquake
Mehmet Hamid Boztas, Ahmet Tamer Aker, Kerim Munir, Feyza Çelik, Adem Aydın, Umut Karasu, Elif Aktan Mutlu
- 389 **DSM-5 yaygın anksiyete bozukluğu için şiddet ölçeği Türkçe formunun güvenilirliği ve geçerliliği**
Reliability and validity of Turkish version of DSM-5 generalized anxiety disorder scale
Deniz Alçı, Orkun Aydın, Ömer Aydemir
- 396 **Bipolar bozukluk hastaları ve birinci derece yakınlarında zihin kuramı ve yürütücü işlevler**
Theory of mind and executive functions in bipolar disorder patients and their first-degree relatives
Taçlan Duman, Figen Atesçi, Osman Zülkif Topak, İbrahim Sendur, Selim Tümkaya, Osman Özdel
- 408 **Tedavi almamış major depresyon hastalarında erken dönemde bilissel işlevler**
Cognitive functions in the early period in non-treated major depression patients
Seda Salik, Soner Çakmak, Sükrü Uguz
- 416 **Multipl skleroz hastalarında çocukluk çağı travmaları ve intihar riski ile ilişkisi**
Childhood traumas in patients with multiple sclerosis and its relationship with suicide probability
Selen Isik ulusoy, Bahriye Horasanlı
- 424 **Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ile otomatik düşünceler, ara inançlar, uyumsuz şemalar, anksiyete ve depresif belirti şiddeti ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki**
The relationship of adverse childhood events on automatic thoughts, intermediate beliefs, schemas, anxiety and depressive symptoms and quality of life in university students
Anıl Gündüz, İbrahim Gündoğmuş
- 436 **Akıllı telefon bağımlılığı, genel aidiyet ve mutluluk arasındaki ilişkilerin yapısal eşitlik modellemesi ile incelenmesi**
The associations among smartphone addiction, general belongingness and happiness: A structural equation modelling
Hatice İrem Özteke Kozan, Mehmet Kavaklı, Mehmet Ak, Sahin Kesici
- 445 **Travma sonrası stres bozukluğu hastalarında üstbilislere ilişkin inançlar**
Metacognitive beliefs of posttraumatic stress disorder patients
Naksidil Yazihan, Zekeriya Yelboga
- 452 **Sosyal anksiyete bozukluğunda aleksitimi ve sempatik deri yanıtları üzerine ilaç ve psikodrama grup terapisinin etkileri**
The effects of drug and psychodrama group therapy on alexithymia and sympathetic skin responses in social anxiety disorder
Nalan Kalkan Oguzhanoglu, Mustafa Bayraktutan, Gülfizar Sözeri Varma, Tuğçe Toker Ugurlu
- 463 **Bir bölge ruh sağlığı hastanesi çocuk ve ergen yataklı servisinde madde kullanımı nedeniyle yatarak tedavi gören hastaların klinik ve sosyodemografik özellikleri**
A clinical and sociodemographic evaluation of youths with substance use disorders in a child and adolescent inpatient unit of a mental health hospital
Öznur Bilaç, Canem Kavurma, Arif Önder, Yakup Dogan, Gülçin Uzunoglu, Erol Ozan

Derleme

Review

- 472 **Travmatik beyin hasarının psikiyatrik yönü**
Psychiatric aspect of traumatic brain injury
Bahadır Genis, Çiçek Hocaoglu

Olgu Sunumu

Case Report

- 487 **Kalp nakli olan bir çocuk olguda psikiyatrik destek ve tedavinin önemi**
The importance of psychiatric support and treatment in a child with heart transplantation
Özge Çelik, Emre Ürer, Emrah Cem, Birim Günay Kiliç
- 493 **Kaçıngan/kisitli yiyecek alımı bozukluğu olan iki olgu: EMDR ve BDT kombinasyonunun yeme bozukluklarında etkililiği**
Two cases with avoidant/restrictive food intake disorder: Effectiveness of EMDR and CBT combination on eating disorders
Alisan Burak Yasar, Ayse Enise Abamor, Fatma Dilara Usta, Serap Erdogan Taycan, Burhanettin Kaya

Editöre Mektup

Letter to Editor

- 501 **Risperidon tedavisi ile ilişkili bir yaygın ödem olgusu**
A case of generalized edema associated with risperidone monotherapy
Ömer Asan, Elif Tatlıdil Yaylacı, Erol Göka

YAZIM KURALLARI

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

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

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

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

Yazıların değerlendirme süreci ve etik konular

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

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

Gönderilen yazılar, isimleri gizli tutulan konuyla ilgili en az iki danışma kurulu üyesince değerlendirilir. Danışma 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 atıf sayısı olarak yansımış uzmanlar olması gerekir. Bu ölçütlere uyan yazarlar derleme yazısı yazmaları için Yayın Kurulunca davet edilebilir.

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

Kısa Bildiriler

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

Editöre Mektup

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

TABLO, ŞEKİL VE RESİMLER

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

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

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

KAYNAKLAR

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

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

Kaynak bir makale ise,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Editörler Kurulu/ Editorial Board

Onursal Editör

Nevzat Yüksel

Editör

Burhanettin Kaya

Mehmet Yumru

Meram Can Saka

Sevcan Karakoç Demirkaya (Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi)

Bölüm Editörleri

Ayşe Devrim Başterzi

Deniz Ceylan

Ejder Akgün Yıldırım

Hamid Boztaş

Gamze Özçürümez

Hasan Kandemir

Mohammad Ghaziuddin

Dil Editörleri

Tolga Binbay

Dış İlişkiler Editörleri

Halis Ulaş

Muzaffer Kaşer

İstatistik Editörü

Gülşah Seydaoğlu

Neşe Direk

Web Editörü

Mehmet Yumru

Bu sayıda görüş ve önerileri ile yayın kalitemize katkıda bulunan danışmanlarımız

<i>Aslı Süner Adanır</i>	<i>Ayşegül Batgün</i>	<i>Artuner Deveci</i>	<i>Ali Kandeğer</i>	<i>Yaşar Kuzucu</i>	<i>Şermin Yalın Sapmaz</i>	<i>Çisem Utku</i>
<i>Mehmet Ak</i>	<i>Sedat Batmaz</i>	<i>Berker Duman</i>	<i>Alp Karaosmanoğlu</i>	<i>Çağdaş Öykü Memiş</i>	<i>Burcu Akin Sarı</i>	<i>Süheyla Ünal</i>
<i>Ömer Faruk Akça</i>	<i>Öznur Bilaç</i>	<i>Lale Gonenir Erbay</i>	<i>Önder Kavakçı</i>	<i>Elif Mutlu</i>	<i>Gökhan Sarısoy</i>	<i>Sevginar Vatan</i>
<i>Hatice Aksu</i>	<i>Çilem Bilginer</i>	<i>Almila Erol</i>	<i>Arşaluyş Kayır</i>	<i>Arzu Önal</i>	<i>Murat Semiz</i>	<i>Pınar Vural</i>
<i>Evrin Aktepe</i>	<i>Can Cimilli</i>	<i>Damla Eyüboğlu</i>	<i>Ayşegül Koç</i>	<i>Bedriye Öncü</i>	<i>Haldun Soygür</i>	<i>Özhan Yalçın</i>
<i>Kürşat Altınbaş</i>	<i>Rugül Köse Çınar</i>	<i>Murat Eyüboğlu</i>	<i>Sibel Koçbıyık</i>	<i>Demet Güleç Öyekçin</i>	<i>Birsan Pılan Şentürk</i>	<i>Ferhat Yaylacı</i>
<i>Ercan Altınöz</i>	<i>Hidayet Ece Çelik</i>	<i>Cem Gökçen</i>	<i>Kaan Kora</i>	<i>Azize Atlı Özbaş</i>	<i>Okan Taycan</i>	<i>Aylin Yazıcı</i>
<i>Vesile Altınayazar</i>	<i>Gonca Gül Çelik</i>	<i>Gülcan Güleç</i>	<i>Sezen Köse</i>	<i>Özlem Özel Özcan</i>	<i>Oryal Taşkın</i>	<i>Esra Yazıcı</i>
<i>M.İlhan Atagün</i>	<i>Veysi Çeri</i>	<i>Esra Güney</i>	<i>Umut Kırılı</i>	<i>Osman Özdel</i>	<i>Atilla Tekin</i>	<i>Aynıl Yenel</i>
<i>Nuray Atasoy</i>	<i>Aykut Çobadak</i>	<i>Nermin Gürhan</i>	<i>Anıl Kırmızı</i>	<i>Şeref Özer</i>	<i>Fuat Torun</i>	<i>Duygu Kaya</i>
<i>İnci Meltem Atay</i>	<i>Ebru Çobanoğlu</i>	<i>Mükerrem Güven</i>	<i>Şennur Kışlak</i>	<i>Taner Öznur</i>	<i>Ali Evren Tufan</i>	<i>Yertutanol</i>
<i>Hamza Ayaydın</i>	<i>Esra Yancar Demir</i>	<i>Ceyda Güvenç</i>	<i>Yüksel Kıvrak</i>	<i>Ayşe Gül Yılmaz Özpolat</i>	<i>İbrahim Tuğrul</i>	<i>Abdullah Yıldırım</i>
<i>Fatih Bal</i>	<i>Esra Demirci</i>	<i>Çiçek Hocaoglu</i>	<i>Ferdi Köşger</i>	<i>Didem Öztop</i>	<i>Selim Tümkeya</i>	<i>Sevler Yıldız</i>
<i>Koray Başar</i>	<i>Onur Okan Demirci</i>	<i>Hale Kahyaoğlu</i>	<i>Nesim Kuğu</i>	<i>Mine Öztürk</i>	<i>Şule Aydın Türkoğlu</i>	<i>Ayten Zara</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.

Çocuk hakları ve çocukların istismarcı ile evlilikleri

Children's rights and child marriages with the abuse offenders

Sevcan Karakoç Demirkaya¹

¹Doç. Dr., Klinik Psikiyatri Dergisi Editörü
İstanbul Gelişim Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye
<https://orcid.org/0000-0002-2778-9174>

Çocuk hakları ve evlilikleri diye yazarken bile bu iki sözcük tezat ve ilişkisiz durmaktadır. Ancak şu sıralar, Türkiye gündeminde yazıda durması değil gerçekte bunun hayata geçirilmesi tartışılmaktadır. Türk Ceza Kanunu 103. Maddesinin (1) farklı yorumlanması ile 15 yaşını doldurmamış çocuk istismarlarında rıza aranmazken, bunun ortadan kaldırılması ve istismarcıyla evliliklere af gelmesi 2016 yılından beri çeşitli şekillerde yasal düzenleme programlarına yargı paketi olarak dahil edilmeye çalışılmaktadır.

Çocuk yaştaki evlilikler hiç bir şekilde çocuk haklarıyla bağdaştırılamaz. Hele çocukların istismara uğradıktan sonra mağduriyetlerini katlayacak şekilde istismar failleri ile evlendirilmesi tüm haklarının ihlalidir. Buna zemin hazırlayacak yasal düzenlemelerin sağlanması ise devlet eliyle istismara teşvihtir. Ruh sağlığı alanında çalışanların görevi psikiyatrik hastalıkların tanısı ve tedavisi dışında koruyucu ruh sağlığı hizmetlerini de sağlamaktır. Özellikle çocuk ruh sağlığı alanında çalışanların çocuk haklarının savunucusu olması ve her türlü istismara karşı tepki göstermesi ve çocukların korunmasına yönelik düzenlemelerde bilirkişi olarak yer alması gerekmektedir. “Cinsel istismar failine af” görünümüyle tekrar gündeme yansıyan yasa tartışmaları çocuk istismarını özendirici aynı zamanda çocuk haklarına da aykırı bir durumdur.

Birleşmiş Milletler’e üye olarak Türkiye; 20 Kasım 1989’da imzalanan Çocuk Haklarına Dair Sözleşme’nin taraf devletleri arasında yer almaktadır. Bu sözleşmenin 34. Maddesi çocuğu her türlü cinsel sömürüye ve cinsel suistimale karşı koruma güvencesi verilmesini içermektedir (2). Taraf devletler bunu sağlamak için her türlü önlemi almakla yükümlüdürler. Taraf devletler, çocukların esenliğine herhangi bir biçimde zarar verebilecek

her türlü sömürüye karşı çocuğu korurlar. Burada bahsi geçen çocuk 18 yaş altındaki bireyleri kapsamaktadır.

Türkiye’de, 3.7.2005 yılında 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu çıkarılmıştır. Bu kanunun amacı, korunma ihtiyacı olan veya suça sürüklenen çocukların korunması, haklarının ve esenliklerinin güvence altına alınması ile ilişkilidir (3) ve bu kanunda da “çocuk”, “18 yaşını doldurmamış kişi” olarak sayılmaktadır. Bu kanun suça sürüklenen çocuklar dışında korunma ihtiyacı olan çocukları da içermektedir “Korunma ihtiyacı olan çocuk”; bedensel, zihinsel, ahlaki, sosyal ve duygusal gelişimi ile kişisel güvenliği tehlikede olan, ihmal veya istismar edilen çocuklar anlamına gelmektedir.

İstismar için risk etmenlerinden birisi düşük sosyoekonomik seviyeye sahip olmak ve mağdurun bilişsel kapasitesinin yetersiz olmasıdır (4). Bu iki risk etmeni ise aslında tartışılan yasal düzenlemenin ne gibi olumsuzluklar getireceğini göstermektedir. Ekonomik zorluğu olan bir aile küçük kız çocuğunu daha iyi bir durumdaki kişiyle evlendirecektir. Ya da istismarcısına “rıza” gösteren zihinsel yetersizliği olan kız çocuğu daha kolay evlendirilecek ve fail affedilecektir. Böyle bir yasal düzenleme sadece mağdur ve failler üzerinde etkili değil, tüm toplum üzerinde olumsuz etkilere sahip olacaktır. Çocuk evliliklerinin her türlüşünün karşısında olunmasının gerekçesi beden gelişmiş bile olsa 18 yaş altı bir çocuğun ruhsal açıdan evlilik ve anneliğe hazır olmamasındandır. İstismarcısı ile evlenen kadınlarda tüm ruhsal bozukluklar özellikle depresyon, intihar ve aile içi şiddet daha sık bulunmuştur. Dünya Sağlık Örgütü 20 yaş öncesi gebelikleri “adölesan gebelikler” olarak tanımlamakta ve her türlü prenatal ve postnatal sorunların bu grupta daha sık olduğunu bildirmek-

(*Klinik Psikiyatri* 2019;22:378-379)

DOI: 10.5505/kpd.2019.84756

378

tedir. Ayrıca ergen gebeliklerinde hem annede hem de bebekte psikopatoloji daha sık bulunmuştur. Prototip olarak bağlanma bozulmakta ve diğer patolojiler de bunu izlemektedir.(5).

İstismar faili ile evlendirilmesi durumu kadınların, ömür boyu istismar edilmesi demektir. Çocuğun yaşama hakkı içerisinde fiziksel ve ruhsal bütünlüğünün dokunulmazlığından bahsedilmektedir. Ayrıca çocukların gelişme hakkı ve korunma hakkı da vardır. Evlenen çocuğun okul dışı kalması ve geleceğini şekillendirme olanağının elinden alınması da çocuk haklarına aykırı bir davranıştır (6). Bildirgelerin yasalar gibi kesin hükmü olmadığı için sıklıkla delindiği görülmektedir.

Tarih boyunca toplumların zamana, gelişmişlik düzeylerine ve sosyokültürel yapılarına göre çocuğa farklı değerler verdiği görülmektedir. Çocuk Hakları Sözleşmesi'nen çok önce Türkiye'de çocuklara ayrıcalıklar tanındığı bilinmektedir. Genel olarak çocuklarla ilgili 4 önemli düzenlemeler şu şekildedir: Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi (1924), Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi (1959), Türk Çocuk Hakları Bildirisi (1963) ve Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi (1989). Türkiye tüm bu bildirelerde onay vermiştir (6). Bu tarihsel sürece bakıldığında

2020 yılına girerken çocukların üstün yararını gözetmeyen uygulamalara kapı aralamak çağ dışı kalmaktır.

Sonuç olarak, sosyal politikalar geliştirmek ve her zaman çocuk haklarının savunucusu olmak biz ruh sağlığı alanında çalışan ve bu alanı içeren araştırma yapanların vazgeçilmez ilkesi olmalıdır.

Yazışma adresi: Doç. Dr. Sevcan Karakoç Demirkaya, İstanbul Gelişim Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye
drsevcanarakoc@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Türk Ceza Kanunu, 103.madde. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf>
2. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi, <https://www.unicef.org/turkey/çocuk-haklarına-dair-sözleşme>
3. Çocuk Koruma Kanunu 5395, Resmi gazete 15.07.2005. <https://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.aspx?MevzuatKod=1.5.5395&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=5395&Tur=1&Tertip=5&No=5395>
4. Demirkaya SK, Küçükköse M. Ruhsal Durum Muayenesi İçin Çocuk ve Ergen Psikiyatrisine Yönlendirilen Cinsel İstismara Uğramış Çocuk ve Ergenlerin Demografik ve Klinik Özellikleri. Adli Tıp Bülteni 29 Nisan 2017; 22:14-20.
5. Hodgkinson S, Beers L, Southammakosane C, Lewin A. Addressing the mental health needs of pregnant and parenting adolescents. Pediatrics 2014;133:114-122
6. Kurt S . Çocuk Haklarına İlişkin Temel Uluslararası Belgeler ve Türkiye Uygulaması. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 2016; 0(36): 0-0. DOI: 10.21560/spcd.28915

Post traumatic stress disorder among adults in the aftermath of 2011 Van-Ercis earthquake in Turkey

2011 yılı Van-Erciş depremi sonrası yetişkinlerde travma sonrası stres bozukluğu

Mehmet Hamid Boztas¹, Ahmet Tamer Aker², Kerim Munir³, Feyza Çelik⁴, Adem Aydın⁵, Umut Karasu⁶, Elif Aktan Mutlu⁷

¹Assoc. Prof., Abant İzzet Baysal University, Department of Psychiatry, Bolu, Turkey <https://orcid.org/0000-0001-6541-0666>

²Prof., Bilgi University, Department of Psychiatry, Istanbul, Turkey <https://orcid.org/0000-0001-5579-3552>

³M.D., Harvard University, Children's Hospital, Department of Child and Adolescent Psychiatry, USA <https://orcid.org/0000-0002-2404-1806>

⁴M.D., Dumlupınar University, Research and Training Hospital, Kutahya, Turkey <https://orcid.org/0000-0003-2128-3014>

⁵Assoc. Prof., Necmettin Erbakan University, Department of Psychiatry, Konya, Turkey <https://orcid.org/0000-0003-3687-6832>

⁶M.D., Community Mental Health Center, Balıkesir, Turkey

⁷M.D., Bursa State Hospita, Bursa, Turkey <https://orcid.org/0000-0002-0889-1421>

SUMMARY

Objective: The aims of the study were to: (i) screen for PTSD among subjects older than 15 years old living in the Ercis-Van region nine months after the earthquake; and (ii) examine the socio-demographic, clinical and trauma-related factors of PTSD diagnosis. **Method:** At the time of the earthquakes, the population of Ercis-Van region was 1,050,000. We selected 1498 participants in these areas: 996 from Van and 502 from Ercis, centers using a stratified sampling frame (Kish design). Demographic information, trauma related experiences and past psychiatric history was obtained via socio-demographic survey. The PTSD module of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI), along with depression, dysthymia, social anxiety disorder, obsessive compulsive disorder, generalized anxiety disorder structured interview modules were used to directly elicit clinical information. **Results:** We found that PTSD was prevalent 35.5% among Van earthquake survivors. Analysis of binary Logistic regression showed risk factors, which included some trauma related losses, pre and post traumatic experiences. These risk factors are being female, having depression, losing any family members or relatives, being unemployed, having serious familial conflicts, severe financial loss, and temporary relocation. **Discussion:** Our results indicate that in addition to being women, having depression, trauma related losses, like previous traumatic experiences, some pre and post traumatic risk factors are important for development of PTSD. Therefore, after the traumatic event, community based interventions should be structured based on these pre and post disaster risk factors.

Key Words: Traumatic Stress, Community Psychiatry, Mental Health

(*Turkish J Clinical Psychiatry* 2019;22:380-388)

DOI: 10.5505/kpd.2019.62534

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amaçları; (i) Van Depreminden dokuz ay sonra Van-Erciş bölgesinde yaşayan 15 yaş üstü bireylerde Travma Sonrası Stres Bozukluğunu taramak ve (ii) Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısını yordayabilecek sosyodemografik, klinik ve travmayla ilişkili etmenleri gözden geçirmektir. **Yöntem:** Deprem sırasında Van ve Erciş bölgelerinde 1,050,000 kişi yaşamakta idi. Araştırmaya tabakalandırılmış örneklemle (Kish Metodu) Van'dan 996, Erciş'ten 502 kişi alınmıştır. Sosyodemografik veri formu aracılığıyla demografik bilgiler, travmayla ilişkili deneyimler ve geçmiş psikiyatrik öykü elde edilmiştir. Klinik bilgiler için Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi/ Composite International Diagnostic Interview (CIDI)'nin TSSB, depresyon, distimi, sosyal anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu modülleri kullanılmıştır. **Bulgular:** Van depremi sonrasında deprem mağdurlarında TSSB oranını %35.5 olarak bulduk. Binary Lojistik regresyon analizi travmayla ilişkili, travma öncesi ve sonrası kimi etmenleri TSSB için risk faktörü olarak göstermiştir. Bu faktörler kadın olmak, depresyonda olmak, aile üyelerini veya bir yakınını kaybetmek, ciddi sağlık ve barınma sorunları yaşamak, işsiz olmak, aile içi ciddi çatışmaların varlığı, ciddi finansal zorluk, geçici yer değiştirmedir. **Sonuç:** Araştırmamızın sonuçları depresyon, kadın cinsiyet, travmayla ilişkili kayıplar yaşamaya ek olarak geçmiş travmatik deneyimler gibi travma öncesi ve sonrası kişide oluşan risk faktörlerinin TSSB gelişimde önemli olduğunu göstermiştir. Bu nedenle travma sonrası topluma dayalı çalışmalar afet öncesi ve sonrası risk faktörlerine dayandırılarak yapılandırılmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Toplum Psikiyatrisi, Ruhsal Sağlık

INTRODUCTION

A magnitude of 7.2 (on the Richter scale) earthquake struck Van-Ercis region in Eastern Turkey on October 23, 2011, followed by a second earthquake, magnitude 5.6 (on the Richter scale), on November 9, 2011(1). A total of 644 person lost their lives, 252 were pulled alive from the debris and a total of 1,966 persons were injured. The disaster was particularly devastating because it struck a region that is beset by gender, ethnic, language and socioeconomic disparities. Education level is low, unemployment and poverty are very high in the Van-Ercis region. According to TIS, in 2008, Gross value added is 3419\$ in Mus, Hakkari, Bitlis, Van region. Mean Gross value added is 9384\$ in the country. Van had 17.2% unemployment rate in 2010, which is third highest rate in all Turkey. Illiterate rate of women is nearly twofold higher in Van compare to mean illiterate rate of women in Turkey (18.6%/9.5%) (2). Most of the women and elderly speak only in their native Kurdish language (3).

Although post-traumatic stress disorder (PTSD) is the most frequently studied mental health condition following disasters (4), reports of its prevalence vary and range from 2% to 87% (5,6,7,8,9,10,11). Such variations are related to factors involving differences in the magnitude of the exposure, quality of buildings, timing of the event, as well as assessment of PTSD outcomes with respect to the diagnostic instruments used, proximity of the assessments to the time passed from the event and social and cultural conditions salient for the population. Studies show that disaster exposure variables, such as death and/or injury of family members (12), severe residential damage have been associated with occurrence of PTSD. Several studies have shown that PTSD is related with severe damage of housing (13,14,15) and death of family members (13,16).

It is of interest that the prevalence rates for PTSD from Turkey, as well as Armenia and Iran, have consistently been higher than other countries. For instance, prevalence of PTSD found 39% to 63% among survivors of the Marmara earthquake in 1999 (17,18). The reported prevalence rates for

Yerevan earthquake in Armenia, and the Bam earthquake in Iran (12) were nearly twice as higher than figures reported from China and Taiwan (4, 5,19).

Factors such as poverty, lower levels of perceived support, gender, physical illness and other factors affect rate of PTSD and other psychiatric disorders after disasters (12,17,20,21,22). Post-disaster period affects mental status of the victims and longer periods of recovery increases PTSD symptoms via second traumatization process (12,23). Parental response, migration, distance between home and earthquake epicenter, prior personal or family history of a mental health disorder, loss of family members or close friends are other important risk factors (17, 18, 24, 25).

There have been inconsistent reports on risk factors for PTSD after an earthquake. Six months after the earthquake, Kadak and associates found that prevalence of severe PTSD was almost 40 percent among child and adolescents in high school students. (26) Another study also found high prevalence of PTSD symptoms in a population based study using clinical scales in same region (27). Some reports stated that women are under increased risk of having PTSD and depression (20, 28, 29, 30). There are no PTSD studies using structured interview that evaluate pre and post disaster risk factors and its relations with population that lived in disaster area after Van earthquake.

The aim of the present study is to investigate prevalence of PTSD and associated risk factors in a large community sample in eastern Turkey after the Van earthquake. The aims of the study were to: (i) screen for PTSD with among subjects older than 15 years living in the Ercis-Van region nine months after the earthquake; and (ii) examine the socio-demographic, clinical and trauma-related predictors of PTSD diagnosis.

METHOD

Participants and study background

Study Population Characteristics

At the time of the earthquakes the population of Ercis-Van region was 1,050,000. The overall population demographics with respect to ethnicity and primary language were not known as data is not collected by the National Institute of Statistics. The study sample was selected from the population of the two most highly affected centers in Ercis and Van, with populations of 500,000 residents in each town center, respectively. These included all 28 districts and 11 temporary shelters in the Van center and in the Ercis center as the most severely affected areas. We selected 1498 participants in these areas: 996 from Van and 502 from Ercis, centers using a stratified sampling frame (Kish design). Households were selected randomly in the district. All participants were 15 years and older. Written informed consent was obtained from all participants and the study was approved by the research ethics committee based at the Kocaeli University.

Measures

The demographic information obtained consisted of each subject's age, gender, level of education and employment status. Trauma-related experiences assessed included the impact of the earthquake, e.g., economic losses, temporary relocation, loss of family member(s), initial difficulty in finding shelter immediately following the earthquake. The survey also inquired about psychiatric history and prior traumatic experience (e.g, witnessing death, suicide, fire, blast). The PTSD module of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI), along with depression, dysthymia, social anxiety disorder, obsessive compulsive disorder, generalized anxiety disorder structured interview modules were used to directly elicit clinical information. This study used part of Van earthquake effect on mental health data sets. Another research paper about all psychiatric diagnosis has been planned to use in this data set.

Procedure

The survey teams included local staff of the provincial Ministry of Health in Ercis and Van districts comprised of social workers, psychologist and graduate students in psychology. The research team underwent a 3-day training workshop program con-

ducted by two senior PhD level psychology staff at the Kocaeli University Psychological Trauma and Disaster Studies Unit. Overall, of the 1710 persons contacted, 212 refused to participate with a response rate of 87.7%. All interviews were carried out in a private place for privacy. Two trained experienced mental health workers gave supervision on a day-to-day basis. Research teams consisted of bilingual (Turkish-Kurdish) individuals, who were familiar with local cultural rules and customs. All data obtaining process took nearly three months.

We assessed the PTSD diagnosis if the participant had fear or desperation, 2 or more arousal symptoms, 3 or more avoidance symptoms, 1 or more re-experiencing symptoms and if the duration of the symptoms was longer than one month.

Data Analysis

Descriptive analyses were performed for demographic variables, trauma-related indicators, and PTSD symptoms, using χ^2 and t-test to evaluate differences between the two groups (PTSD and others). SPSS 22.0 software was used to perform the statistical analysis. Bivariate logistic regression analysis was used to assess risk factors for presence of PTSD diagnosis. Odds ratios (OR) stated and in this analysis all statistically significant p-values reported were at <0.05 .

RESULTS

The demographic characteristics, clinical and trauma-related features of the PTSD group and the non-PTSD group are presented in Table 1. We try to describe PTSD symptoms in Van province after the earthquakes in Table 2.

More than 88 % of PTSD symptoms were longer than one month. We examined PTSD symptoms according to DSM IV, frequency of each symptom is displayed in Table 2. The PTSD prevalence was 35.5%. Sociodemographic features, event-related features and other factors were evaluated in this study for PTSD diagnosis. Gender, depression, serious health problem, shelter problem, physical disability, unemployment, serious financial prob-

Table 1. Sociodemographic and clinical factors associated with PTSD

Variables	PTSD				Non PTSD				Comparison		p
	M	SD	N	%	M	SD	N	%	?2/t	df	
Age	35.99	14,10	532	35,50	34,93	12,31	966	64,50	1,44	1496	0,15
Gender											
Female			392	40,0			588	60,0	24.903	1	0.001*
Male			140	27,0			378	73,0			
Education											
At least primary school			324	60.9			567	58.8	3.955	2	0.138
Middle school and high school			147	27.6			251	26.0			
College			61	11.5			146	15.2			
Language											
Turkish			256	37,3			430	62,7	18.09	2	0.001*
Kurdish			124	27,8			322	72,2			
Both			151	41,4			214	58,6			
Unemployment											
Yes			267	40,3			396	59,7	12.304	1	0.001*
No			251	31,45			547	68,55			
Psychiatric disorder history in family											
Yes			56	50,00			56	50,00	10,463	1	0,001*
No			440	34,70			828	65,30			

*p<0.05

lem, conflict in family, new member in shelter, spouse with mental health problem, witnessing fire and explosion, witnessing suicide, history of temporary relocation, loss in family, history of psychiatric disorder in family were correlated with PTSD diagnosis (Table 3).

Binary logistic regression was conducted to assess whether the fifteen predictor variables, gender, depression, serious health problems, shelter problem, physical disability, unemployment, serious financial problem, conflict in family, new member in shelter, spouse with mental health problem, witnessing fire and explosion, witnessing suicide, history of temporary relocation, loss in family, history of psychiatric disorder in family significantly predicted whether or not a participants giving PTSD diagnosis ($R^2 = 0.168$ and $p < 0.05$). When all fifteen predictor variables are considered together, they significantly predict whether or not having PTSD diagnosis, $\chi^2 = 157.132$ $df = 15$, $N = 1498$, $p < .001$. Table 4 presents the odds ratios, which suggest that the odds of estimating correctly who are having depression, being women, serious financial loss, loss of close family member, serious intra familyal conflict, temporary relocation, predicted having PTSD.

DISCUSSION

This study is one of the few studies which assessed the related factors of PTSD based on structured

interview after a devastating earthquake in (Van-Erciş) in Turkey. This study has the earliest assessment time to date among those studies. Van is a city located in the east region of Turkey where unemployment is more common, and the population is less educated, also they have experienced different types of traumatic events (recurrent earthquakes, armed conflict etc.) in the past years (2,3). In addition to the previous serious life events, related with the earthquake, population confronted different types of stressors, such as unexpected death of relatives, relocation after the earthquake, and economical loss (21,22,29). Our study shows that the rate of PTSD was 35.5% approximately nine months after the 2011 Van earthquake. This was compatible with the previous studies conducted in the same region, which reported a PTSD rate of 40% among adolescents in high schools and adult populations (26, 27). Another study conducted in the same region shows a higher rate of PTSD symptoms and hopelessness among community based samples (27). They only assessed earthquake related trauma but did not assess other type of previous trauma history in their study. Our study has tried to analyze pre and posttraumatic events in community based samples. One other study assessed relocation effect among Van earthquake survivors and they found relocation increased PTSD occurrence similar to our results (29). PTSD rates reported in these studies after the 2011 Van earthquake are higher than having any kind of mental disorder rate (17.2%) in Turkish Mental Health Profile (31) and similar to other earthquake studies in Turkey

Table 2 PTSD symptoms on CIDI

PTSD ITEMS	N	%
B. Re-experience		
B1. Intrusive recollections of the earthquake	1084	80.7
B2. Repeating nightmares of the earthquake	846	63.3
B3. Acting as if earthquake were recurring	995	74.7
B4. Feeling worse when reminded of earthquake	1042	78.5
B5. Reactivity to earthquake reminders	706	52.9
1 or more re-experience symptoms (a score of 6 or more)	1138	76
C. Avoidance and numbing		
C1. Efforts to avoid thoughts or feelings associated with the earthquake	664	51.8
C2. Efforts to avoid activities that arouse recollections of the earthquake	557	43.8
C3. Shows amnesia of the earthquake	463	36.2
C4. Diminished interest participation in activities	473	37.4
C5. Detachment or estrangement from others	470	36.4
C6. Restricted range of affects	413	32.1
C7. Sense of foreshortened future	541	42.5
3 or more avoidance symptoms (a score of 15 or more)	790	52.7
D. Arousal		
D1. Difficulty falling or staying asleep	723	55
D2. Irritability or anger	693	53.4
D3. Difficulty concentrating	657	51.1
D4. Hypervigilance	928	71.7
D5. Exaggerated startle response	783	61.9
2 or more arousal symptoms (a score of 10 or more)	1028	61.7

(6,7,8,9,10,11,17,18) These results suggest that PTSD is prevalent among Van earthquake survivors.

Risk factors for developing PTSD were having depression, being women, serious financial loss, losing of close family member, serious intra familial conflict, history of relocation. That might be related to more prominent expression of fear and emotions in females compared to males (20,27,31). Expression of feeling and fear are restricted in many cultures especially for men. This pattern may even be more prominent in Eastern Anatolia when compared with more industrialized and better educated Western parts of Turkey. Gender difference cannot be explained by culture alone, same is found in the west of Turkey and in other countries as well. There are some gender-based features that may affect mental health after the earthquake. Firstly, after the disaster, especially in earlier time period, women were more affected than man in chaotic conditions as seen in Table 1. Secondly, some cultural factors may prevent men to express fear (15, 20). Women's increased tendency to mental disorder might be related to biological differences, lower socio-economic status in the society and different attribution styles (20). As one may see TIS report, women in Van have less education and high

poverty level that affect on high PTSD rate (2). Also depression and anxiety disorder level in women population higher than men population. Many studies show that women are prone to have fear based disorders such as PTSD (32). Sensitivity to stressfull and traumatic life experiences, emotional reactivity, hormonal differences, higher activation in limbic and attention-related brain structures may be responsible for these differences (32).

Some studies reported that older people are more vulnerable to psychological distress after the trauma, possibly as they may have less resources to cope with negative effects of disasters (28). We didn't find any relation between PTSD and age. In Eastern Turkey, lack of resources, poverty and unemployment is very common and it is not specific to elderly people.

Loss of family members was associated with PTSD diagnosis (19). PTSD group is much more likely to lose a family member (parent, sibling or brother/sister). Degree of loss in the disaster and risk of developing PTSD has a dose response relation (33). Recent earthquakes research showed that intense fear and perceived life threat were two key risk factors for mental disorders, including PTSD

Table 3. Correlations between PTSD, earthquake related problems and clinical factors

		PTSD	New member in shelter	Spouse with psychiatric disorder	Witnessing suicide	Temporary relocation	Severe health problem	Shelter problem	Disability	Unemployment	Severe financial loss	trafamilial conflict	Loss in family	Gender	Depression
PTSD	r	1													
	P														
New member in shelter	r	,056*	1												
	P	,032													
Spouse with psychiatric disorder	r	,060*	,078**	1											
	P	,021	,003												
Witnessing suicide	r	,051*	,084**	,165**	1										
	P	,050	,001	,000											
Temporary relocation	r	,163**	,079**	,077**	,126**	1									
	P	,000	,003	,003	,000										
Severe health problem	r	,112**	-,015	,135**	,067*	,060*	1								
	P	,000	,563	,000	,010	,023									
Shelter problem	r	,081**	,042	,081**	-,018	-,001	,154**	1							
	P	,002	,108	,002	,486	,979	,000								
Disability	r	,067*	-,001	,083**	,069**	,028	,140**	,107**	1						
	P	,010	,984	,001	,008	,288	,000	,000							
Unemployment	r	,092**	,041	,070**	,069**	,004	,177**	,211**	,061*	1					
	P	,000	,122	,007	,008	,886	,000	,021							
Severe financial loss	r	,150**	,116**	,110**	,057*	,159**	,162**	,313**	,031	,216**	1				
	P	,000	,000	,000	,027	,000	,000	,229	,000						
Intra familial conflict	r	,142**	,058*	,196**	,073**	,191**	,129**	,086**	,011	,139**	,100**	1			
	P	,000	,025	,000	,005	,000	,000	,001	,672	,000	,000				
Loss in family	r	,146**	,005	-,014	,001	,007	,111**	,076**	-,013	,060*	,148**	,019	1		
	P	,000	,861	,593	,985	,797	,000	,004	,622	,022	,000	,460			
Gender	r	-,129**	-,004	,016	-,038	-,077**	-,052*	-,068**	-,010	-,045	-,020	-,087**	,051*	1	
	P	,000	,888	,539	,139	,003	,045	,009	,709	,083	,448	,001	,048		
Depression	r	,209**	,008	,086**	,001	,078**	,075**	,071*	,031	,145**	,093**	,212**	,076**	-,111**	1
	P	,000	,782	,002	,980	,004	,007	,010	,271	,000	,001	,000	,006	,000	

after the earthquake (16,17,26,34,35,36,37,38,39). Witnessing some trauma-related event or loss of any family member may lead to more intense fear reactions and perceived life threat.

Using Turkish as the only language was significantly associated with PTSD in our study. It can be argued that, individuals speaking only Turkish were more likely to be related to government officers (i.e. they were not locals), therefore, they had lesser access to resources than local people in the region in terms of social support, which in turn lead to more prominent secondary stressors. This region is also a disparities zone, people generally work in unwanted conditions compare to other part of the country. Non-local people also may perceive disaster is another punishment (2,3). Past psychiatric disorder, psychiatric disorder in the family, suicide history and psychiatric disorder of spouse were much more common in the PTSD group when compared with the non-PTSD group. Some of these factors were found to be associated with PTSD in previous studies (34, 36, 38, 39). Both PTSD and Major Depression share same risk factors. These are

female gender, lower education, loss of friends and relatives. But depression is much more prevalent in individuals with loss of a family member and past psychiatric disorders (9,17,36,38,39). Our results showed having MD was a probable predictor of PTSD. Other probable predictors were loss of any relatives, temporary relocation history, and female gender. There are several studies that focused on PTSD symptoms and associated features, yielding conflicting results. Possible reasons for inconsistencies may include sample size; assessment time and methods for PTSD, such as face-to-face structured interview or self-report surveys; and cultural and social differences. A study which reported 34.4% PTSD prevalence rate among tsunami survivors after two years of the event, used face to face structured clinical interview (37). Our results were similar to this study but we reported our results only 9 months after the earthquake. Former studies from previous Turkey earthquakes show different rates depending on their sample selection, assessment time, methods (25,26,27,38,39). Because of sample selection and non-structured clinical assessment methods, these results may not be generalized the

Table 4: Results of binary logistic regression on PTSD

Variable	Beta	SE	Odds ratio	p
Gender	-,519	,127	,595	,000
Depression	,215	,048	1,240	,000
Severe health problem	,190	,132	1,209	,152
Shelter problem	,058	,129	1,059	,656
Disability	,496	,282	1,642	,078
Unemployment	,105	,128	1,110	,414
Severe financial loss	,311	,129	1,365	,016
Intra familial conflict	,462	,219	1,587	,035
New member in shelter	,337	,314	1,400	,283
Spouse with psychiatric disorder	-,020	,409	,981	,962
Witnessing fire or explosion	,358	,402	1,430	,374
Witnessing suicide	,303	,813	1,354	,709
Temporary relocation	,638	,151	1,893	,000
Loosing family member/ relative	,657	,136	1,929	,000
Psychiatric disorder in family	,353	,232	1,424	,130

*p<0.05

population. Onder et al found a PTSD rate of 11.7 % three years after 1999 Marmara earthquake (16). PTSD rates decrease in time and Eastern and Western regions of Turkey have different social features. Our results were detected relatively closer time to the earthquake. PTSD rate is higher after the disaster and decrease as time passes. If we consider our irritability symptoms lower rate compare to other PTSD symptoms, time might affect fear response.

Resilience mechanisms are very important to prevent PTSD. These mechanisms are not only related with individuals but also affected by social and cultural characteristics. After the earthquake, the entire Turkey, as a country, tried to help the region. This process may be considered as social capital process (9,40,41). Same mechanism was seen after the Marmara earthquake both in the national and international level (42). After the 1999 Marmara earthquake, many support mechanisms were established at both national and international level to get rid of the unhealthy consequences of the earthquake.

Limitations

There are some limitations in that study;

1)We assessed people who continued to live in the earthquake area (container cities and city). So, we assessed relocated people who came back after the disaster but didn't assess the relocated ones who

didn't come back after the disaster.

2)We assessed people cross sectional and found some risk factors for being PTSD, so longitudinal studies are required for assessment of alleged predictive factors.

3) We took and analyzed self reported information. Self reported information is not excellent for reliability and validity. In that time, there is no enough objective data set resources, which is general problem in disaster zones in many studies.

In summary, this study reported prevalence and risk factors of PTSD among adults nine months after experiencing the 2011 Van earthquake. The results showed that PTSD was approximately three fold higher compared to the regular statistical rates. We observed specific pattern of demographic, clinical and event related features about earthquake in addition to some different regional differences. Especially, previous trauma related factors; severe trauma related effect, gender, and having depression may be important in that disaster area. Specific care and mental health intervention should be provided according to these factors.

Correspondence address: Assoc. Prof. Mehmet Hamid Boztas, Izzet Baysal University, Department of Psychiatry, Bolu, Turkey
boztashamid@hotmail.com

REFERENCES

1. Erdik M, Kamer Y, Demircioğlu M, Şeşetyan K. 23 October 2011 Van (Turkey) earthquake. *Natural Hazards*. 2012;64:651-65.
2. Turkish Medical Association. Van Earthquake 2.nd Month Evaluation Report. <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/2ayrpr.pdf/turkish>. Access Date February 25.02.2019
3. TESEV. Permanent solution to internal displacement? An assessment of the Van action plan for idp: Deniz Yüksek, Dilek Kurban / 26 May 2009 : <http://tese.org.tr/en/yayin/a-permanent-solution-to-internal-displacement-an-assessment-of-the-van-action-plan-for-idps/> Access Date 27 April 2019
4. Xu J, Song X. A cross-sectional study among survivors of the 2008 Sichuan earthquake: prevalence and risk factors of post-traumatic stress disorder. *Gen Hosp Psychiatry*. 2011;33:386-92.
5. Xu J, Song X. Posttraumatic stress disorder among survivors of the Wenchuan earthquake 1 year after: prevalence and risk factors. *Compr Psychiatry*. 2011;52:431-7.
6. Livanou M, Başoğlu M, Salcioglu E, Kalender D. Traumatic Stress Responses in Treatment-Seeking Earthquake Survivors in Turkey. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2002;190:816-23.
7. Salcioglu E, Basoglu M, Livanou M. Post-traumatic stress disorder and comorbid depression among survivors of the 1999 earthquake in Turkey. *Disaster*. 2007;31:115-29
8. Salcioglu E, Basoglu M, Livanou M. Long-term psychological outcome for non-treatment-seeking earthquake survivors in Turkey. *J Nerv Ment Dis*. 2003;191:154-60.
9. Tural U, Coskun B, Onder E, Corapcioglu A, Yildiz M, Kesepera C, Karakaya I, Aydin M, Erol A, torun F, Aybar G.. Psychological consequences of the 1999 earthquake in Turkey. *J Trauma Stress*. 2004;17:451-9.
10. Onder E, Tural U, Aker T, Kilic C, Erdogan S. Prevalence of psychiatric disorders three years after the 1999 earthquake in Turkey: Marmara Earthquake Survey (MES). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41:868-74.
11. Kilic C, Ulusoy M. Psychological effects of the November 1999 earthquake in Turkey: an epidemiological study. *Acta Psychiatr Scand*. 2003;108:232-8.
12. Armenian HK, Morikawa M, Melkonian AK, Hovanesian AP, Haroutunian N, Saigh PA, Akiskal K, Akiskal HS. Loss as a determinant of PTSD in a cohort of adult survivors of the 1988 earthquake in Armenia: implications for policy. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102:58-64.
13. Cao H, McFarlane AC, Klimidis S. Prevalence of psychiatric disorder following the 1988 Yun Nan (China) earthquake--the first 5-month period. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003;38:204-12.
14. Goenjian AK, Walling D, Steinberg AM, Roussos A, Goenjian HA, Pynoos RS. Depression and PTSD symptoms among bereaved adolescents 6(1/2) years after the 1988 Spitak earthquake. *J Affect Disord*. 2009;112:81-4.
15. Kun P, Tong X, Liu Y, Pei X, Luo H. What are the determinants of post-traumatic stress disorder: age, gender, ethnicity or other? Evidence from 2008 Wenchuan earthquake. *Public Health*. 2013;127:644-52.
16. Thienkrua W, Cardozo BL, Chakkraband ML, Guadamuz TE, Pengjuntr W, Tantipiwatanaskul P, Sakornsatian S, Ekassawin S, Panyayong B, Varangrat A, Tappero JW, Schreiber M, van Griensven F. Symptoms of posttraumatic stress disorder and depression among children in tsunami-affected areas in southern Thailand. *JAMA*. 2006;296:549-59.
17. Onder E, Tural U, Aker T, Kilic C, Erdogan S. Prevalence of psychiatric disorders three years after the 1999 earthquake in Turkey: Marmara Earthquake Survey (MES). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41:868-74.
18. Salcioglu E, Basoglu M, Livanou M. Post-traumatic stress disorder and comorbid depression among survivors of the 1999 earthquake in Turkey. *Disaster*. 2007.
19. Fan F, Zhang Y, Yang Y, Mo L, Liu X. Symptoms of post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety among adolescents following the 2008 Wenchuan earthquake in China. *J Trauma Stress*. 2011;24:44-53.
20. Sezgin U, Punamaki RL. Earthquake trauma and causal explanation associating with PTSD and other psychiatric disorders among South East Anatolian women. *J Affect Disord*. 2012;141:432-40.
21. Lock S, Rubin GJ, Murray V, Rogers MB, Amlot R, Williams R. Secondary stressors and extreme events and disasters: a systematic review of primary research from 2010-2011. *PLoS Curr*. 2012;4.
22. Zhou X, Kang L, Sun X, Song H, Mao W, Huang X, Zhang Y, Li J. Risk factors of mental illness among adult survivors after the Wenchuan earthquake. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48:907-15.
23. Kienzler H, Pedersen D. Strange but common bedfellows: the relationship between humanitarians and the military in developing psychosocial interventions for civilian populations affected by armed conflict. *Transcult Psychiatry*. 2012;49:492-518.
24. Cerda M, Paczkowski M, Galea S, Nemethy K, Pean C, Desvarieux M. Psychopathology in the aftermath of the Haiti earthquake: a population-based study of posttraumatic stress disorder and major depression. *Depress Anxiety*. 2013;30:413-24.
25. Kilic C, Kilic EZ, Aydin IO. Effect of relocation and parental psychopathology on earthquake survivor-children's mental health. *J Nerv Ment Dis*. 2011;199:335-41.
26. Kadak MT, Nasiroglu S, Boysan M, Aydin A. Risk factors predicting posttraumatic stress reactions in adolescents after 2011 Van earthquake. *Compr Psychiatry*. 2013;54:982-90.
27. Ozdemir O, Boysan M, Guzel Ozdemir P, Yilmaz E. Relationships between posttraumatic stress disorder (PTSD), dissociation, quality of life, hopelessness, and suicidal ideation among earthquake survivors. *Psychiatry Res*. 2015;228:598-605.
28. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. *Br J Psychiatry*. 2004;184:70-3.

29. Salcioglu E, Ozden S, Ari F. The Role of Relocation Patterns and Psychosocial Stressors in Posttraumatic Stress Disorder and Depression Among Earthquake Survivors. *J Nerv Ment Dis.* 2018;206:19-26.
30. Chan CL, Wang CW, Ho AH, Qu ZY, Wang XY, Ran MS, Mao WJ, Lu BQ, Zhang BQ, Zhang XL. Symptoms of posttraumatic stress disorder and depression among bereaved and non-bereaved survivors following the 2008 Sichuan earthquake. *J Anxiety Disord.* 2012;26:673-9.
31. Kiliç C. Turkey Mental Health Profile Report. In: Erol N, Kiliç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z, editors. Ankara: Ministry of Health of Turkey; 1998.pp,23
32. Maeng LY and Milad MR. Sex Differences in Anxiety Disorders: Interactions between Fear, Stress, and Gonadal Hormones. *Horm Behav.* 2015 November ; 76: 106–17.
33. Priebe S, Grappasonni I, Mari M, Dewey M, Petrelli F, Costa A. Posttraumatic stress disorder six months after an earthquake. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008;44:393-7.
34. Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ. 60,000 disaster victims speak: Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry.* 2002;65:240-60.
35. Basoglu M, Salcioglu E, Livanou M. Traumatic stress responses in earthquake survivors in Turkey. *J Trauma Stress.* 2002;15:269-76.
36. Shultz JM, Marcelin LH, Madanes SB, Espinel Z, Neria Y. The "Trauma Signature:" understanding the psychological consequences of the 2010 Haiti earthquake. *Prehosp Disaster Med.* 2011;26:353-66.
37. Livanou M, Basoglu M, Salcioglu E, Kalendar D. Traumatic stress responses in treatment-seeking earthquake survivors in Turkey. *J Nerv Ment Dis.* 2002;190:816-23.
38. Johannesson KB, Lundin T, Hultman CM, Lindam A, Dyster-Aas J, Arnberg F, Michel PO. The effect of traumatic bereavement on tsunami-exposed survivors. *J Trauma Stress.* 2009;22:497-504.
39. Kilic C, Ulusoy M. Psychological effects of the November 1999 earthquake in Turkey: an epidemiological study. *Acta Psychiatr Scand.* 2003;108:232-8.
40. Egan M, Tannahill C, Petticrew M, Thomas S. Psychosocial risk factors in home and community settings and their associations with population health and health inequalities: a systematic meta-review. *BMC Public Health.* 2008;8:239.
41. Roy MJ, Donaldson C, Baker R, Kerr S. The potential of social enterprise to enhance health and well-being: a model and systematic review. *Soc Sci Med.* 2014;123:182-93. Epub 2014/07/20.
42. Munir K, Ergene T, Tunaligil V, Erol N. A window of opportunity for the transformation of national mental health policy in Turkey following two major earthquakes. *Harv Rev Psychiatry.* 2004;12:238-51.

DSM-5 Yaygın Anksiyete Bozukluğu için şiddet ölçeği Türkçe formunun güvenilirliği ve geçerliliği

Reliability and validity of Turkish version of DSM-5 Generalized Anxiety Disorder scale

Deniz Alçı¹, Orkun Aydın², Ömer Aydemir³

¹Uzm. Dr., Balıkesir Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Balıkesir, Türkiye <https://orcid.org/0000-0001-5889-691X>

²Dr. Öğr. Üyesi, Uluslararası Saraybosna Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, Saraybosna, Bosna Hersek <https://orcid.org/0000-0003-0869-7394>

³Prof. Dr., Celal Bayar Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Manisa <https://orcid.org/0000-0003-3050-1263>

ÖZET

Amaç: Bu çalışma Yaygın Anksiyete Bozukluğu için Şiddet Ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliğini göstermektedir. **Yöntem:** Araştırma yataklı veya ayaktan Psikiyatri kliniklerinde tedavi görmekte olan ve DSM-5 ölçütlerine göre herhangi bir anksiyete bozukluğu tanı ölçütünü karşılamakta olan 50 hasta ile sürdürülmüştür. Herhangi bir ruhsal ve bedensel hastalığı bulunmayan 100 gönüllü de sağlıklı kontrol grubunu oluşturmuştur. Durumluk Kaygı Envanteri, birlikte geçerlilik için kullanılmıştır. Güvenilirlik analizlerinde içsel tutarlılık katsayısı ve madde-toplam puan korelasyon analizi; geçerlilik analizlerinde ise açıklayıcı faktör analizi ve birlikte geçerlilik için Spearman Korelasyon Analizi (SKE) ile korelasyon analizi yapılmıştır. **Bulgular:** Araştırma grubunun yaş ortalaması 28.9 ± 12.6 'dır. Anksiyete bozukluğu grubunun hastalık süresi 17.4 ± 9.5 yıldır. Ölçeğin içsel tutarlılığı 0.91 ve madde-toplam puan korelasyon katsayıları 0.64-0.83 ($p < 0.0001$) olarak elde edilmiştir. Ölçeğin açıklayıcı faktör analizinde özdeğeri 6.89 olan tek-faktör çözümü elde edilmiştir ve toplam varyansın %68.83'ünü açıklamaktadır. Ölçek maddelerinin faktör yükleri 0.48-0.76 arasında bulunmuştur. Süreklilik Kaygı Envanteri ile korelasyon analizinde katsayı $r = 0.43$ ($p < 0.0001$) olarak hesaplanmıştır. **Sonuç:** Yaygın Anksiyete Bozukluğu için Şiddet Ölçeğinin Türkçe için güvenilir ve geçerli olduğu gösterilmiştir.

Anahtar Sözcükler: DSM 5, Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği, Güvenilirlik

SUMMARY

Objective: This study aims to demonstrate the reliability and validity of Turkish version of DSM-5 generalized anxiety disorder scale which was developed to measure the severity of generalized anxiety disorder. **Method:** In this study, 50 in- or out-patients who met the criteria for any anxiety disorder according to DSM-5 were included. One hundred volunteers without any mental or physical disease were also recruited as the control group. Beside the study scale, State Trait Anxiety Inventory (STAI) was used for concurrent validity. Internal consistency coefficient and item-total correlation analysis were performed for reliability analysis. Exploratory factor analysis was used for validity and correlation analysis with Spearman Correlation Analysis was used for concurrent validity. **Results:** Mean age was 28.9 ± 12.6 years in the study group and 57.3% of the sample ($n = 86$) were female. Disease duration for anxiety disorder was 17.4 ± 9.5 years in the patient group. The internal consistency of the scale was 0.91. Item-total correlation coefficients were between 0.64-0.83 ($p < 0.0001$). For the exploratory factor analysis one-factor solution was obtained with an eigenvalue of 6.89 representing 68.93% of the total variance. Factor loadings of the items were between 0.48-0.76. Coefficient of correlation analysis with STAI was calculated as $r = 0.43$ ($p < 0.0001$). **Discussion:** With these findings, it has been shown that Turkish version of DSM-5 severity scale for generalized anxiety disorder is reliable and valid.

Key Words: DSM 5, Generalized Anxiety Disorder Scale, Reliability

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2019;22:389-395)

DOI: 10.5505/kpd.2019.97759

GİRİŞ

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) belirli bir nesneye, yere veya takıntıya odaklanmamış, belirli düşünsel ve devinimsel içeriği olmayan, yaygın ruhsal ve fizyolojik anksiyete bulgularıyla seyreden bir bozukluk olarak tanımlanmıştır(1). YAB'nun hem ruhsal hem de bedensel belirtileri vardır. Hastalardaki yaygın kaygı hali, endişeli mimik ve jestler genel görünüm ve davranışlarına yansımaktadır. YAB olan kişilerdeki tasalanma, sağlıklı kişilerde olandan niceliksel anlamda farklıdır yani daha sık, daha uzun süreli, daha yaygındır ve eşlik eden kan basıncının yükselmesi, çarpıntı, kas gerginliği, ağız kuruluğu, göz bebeklerinde genişleme, boğazda düğümlenme hissi, yüzde kızarma, terleme, ellerde ayaklarda soğukluk ve karıncalanmalar gibi bedensel belirtilerin etkisiyle denetlenmesi daha güç hale gelmektedir (1)

Birinci basamak sağlık hizmetine başvuran hastalarda en sık görülen anksiyete bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğudur(1). Birinci basamaktaki hekimlerin YAB ile karşılaşma sıklığı %8 oranındadır(2). Kadınlarda, YAB'nun yaşam boyu sıklığı erkeklerle kıyaslandığında iki kat daha fazladır(3). National Comorbidity Survey çalışmasına göre YAB'nda ek tanı oranı %66.3, yaşam boyu oranı ise %90.4 bulunmuştur(4). Aynı oranlar, psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda ise, %65 ve %78 olarak saptanmıştır(5). Majör depresif bozukluk, distimi, sosyal fobi ve özgül fobi, YAB'na en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklardır (4).

Yaygın anksiyete bozukluğunun, toplumdaki yaşam boyu yaygınlığı %3-6 olarak bildirilmektedir (6). Yaygın anksiyete bozukluğu, DSM-III ile birlikte tanı sistemlerinde yer almaya başlamıştır. Trisiklik antidepressan ve benzodiazepin tedavilerine alınan yanıtın farklılığından yola çıkılarak, Freud'un tanımladığı anksiyete nevrozunun aslında iki farklı sendromdan oluştuğu öne sürülmüştür (7). Bunu destekleyen gelişmeler sonucunda, anksiyete nevrozu tanısı yerini panik bozukluğu ve YAB tanılarına bırakmıştır(8). DSM-IV'te "aşırı anksiyete ve endişe"yi niteleyen "gerçekdışı" sözcüğü kaldırılmış; toplumsal, mesleki ve diğer önemli alanlarda işlevsellikte bozulma meydana

gelmesi gerekliliği belirtilmiştir (9). Çalışmaların; hastalardaki otonomik hiperreaktivite belirtilerinin sadece YAB hastalarında bulunmadığını, motor ve ruhsal gerginlik belirtilerinin ise daha çok bulunduğunu göstermesi üzerine; on sekiz belirtiden oluşan liste altına, ölçüte uygunluk için gereken belirti sayısı da altıdan üçe indirilmiştir (9,10).

Anksiyeteyi değerlendirmek için sıklıkla kullanılan ölçeklerden Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen Beck Anksiyete Ölçeği, Ulusoy ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye çevirilmiştir (11,12). Ölçek 21 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Maddelerin dördü aksiyeteli duygudurumu, 3 madde özgül korkuları, kalan 14 madde ise otonomik hiperreaktivite ve anksiyeteye ait motor semptomları, yaygın anksiyeteyi ve panik atak semptomlarını sorgulamaktadır (12). Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği; Hamilton tarafından anksiyete düzeyi ve semptom dağılımını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (13). Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılan ölçek anksiyetenin somatik ve mental bulgularını değerlendiren 14 maddeden oluşmaktadır (14). Yine anksiyeteyi ölçme ve değerlendirme araçlarından Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, Durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini saptamak için Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş 40 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir (15). Durumluk kaygı, yani belli bir an ya da koşuldaki kaygı düzeyi ve sürekli kaygı, yani bireyin genel kaygı düzeyi olacak şekilde değerlendirme yapan iki ölçekten oluşmaktadır. Türkçe için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır (16). Anksiyete düzeyini ölçmek ve değerlendirmek için geliştirilen bir çok ölçek mevcuttur. Ancak bu ölçeklerin yaygın anksiyete bozukluğu özelinde bir değerlendirme yapmakta yetersiz kaldığı görülmektedir. Bireyin genel anksiyete düzeyinin yanında, anksiyete bozuklukları kapsamında değerlendirilen farklı bozuklukları ayrı ayrı ölçebilmek, bu bozuklukların tanı ve tedavisi açısından önem arz etmektedir. Bu nedenle yaygın anksiyete bozukluğunu ölçen ve değerlendiren bir ölçeğe ihtiyaç duyulmaktadır. DSM-5'te, DSM-IV-TR'ye göre anksiyete bozuklukları grubu içerisinde bir çok değişiklik yapılmıştır. Ancak YAB özelinde belirgin bir değişiklik görülmemektedir. Anksiyete

bozuklukları kapsamında değerlendirilen tüm bozuklukları saptanması, ayırıcı tanı ve değerlendirmenin kolaylaşması amacıyla yeni ölçekler oluşturulmuştur (17). Bu ölçeklerin, birlikte görülen psikiyatrik bozuklukların da gözden kaçmasını engelleyebileceği düşünülmektedir. DSM-5 Yaygın Anksiyete Bozukluğu İçin Şiddet Ölçeği, bireyin son 7 gününü değerlendirilerek yaygın anksiyete bozukluğunun şiddetini ölçen bir ölçektir. Ölçek anksiyetenin psikik ve somatik belirtilerini, güvenlik arayışı gibi belirtileri ölçen toplam 10 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Her madde 0 ve 4 puan arasında puanlanmaktadır ve toplam puan 0 ve 40 arasında değişmektedir. DSM-5 için hazırlanmış Yaygın Anksiyete Bozukluğu İçin Şiddet Ölçeğinin; DSM-IV-TR kriterlerine göre hazırlanan YAB-7 ölçeğine göre, anksiyetenin somatik bulgularına da değinmesi ve YAB belirtilerinin, kişinin işlevselliğine olan etkilerini de ölçmesi gibi üstünlüklerinin olduğu görülmektedir. YAB-7 ölçeği 2006 yılında Spitzer ve arkadaşları tarafından DSM-IV-TR ölçütlerine göre geliştirilmiş, yedi maddelik bir ölçektir (18). Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2011 yılında Konkan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (19).

Bu çalışmada DSM-5 için hazırlanmış Yaygın Anksiyete Bozukluğu İçin Şiddet Ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliliğinin gösterilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Çeviri İşlemi

Ölçeğin çeviri işlemini Psikiyatri hekimlerinin oluşturduğu bir ekip gerçekleştirmiştir. Bu çeviri kontrol edilerek oluşturulan metnin üzerinde anlaşılmasından sonra, ölçek sorularının anlaşılır olup olmadığı sınıanmıştır. Ardından başka bir psikiyatri hekimi tarafından yeniden İngilizce'ye geri çevirisi yapılmıştır. Bu çeviri ölçeğin araştırmasını yapan ekip tarafından kontrol edilmiştir. Gerekli onayın alınmasından sonra ölçeğin tam metni oluşturulmuştur.

Örneklem Grubu

Araştırmaya yataklı veya ayaktan psikiyatri kliniklerinde tedavi görmekte olan hastalar dahil edilmiştir. Araştırmaya dahil olma ölçütleri arasında, 18-65 yaş aralığında olma, DSM-5 ölçütlerine göre herhangi bir anksiyete bozukluğu tanı ölçütlerini karşılama, araştırma yönergesini yerine getirebilecek zihinsel kapasiteye sahip olma, fiziksel ve ruhsal açıdan ölçekleri tamamlayabilecek durumda olma bulunmaktadır. Araştırmadan dışlama ölçütleri arasında ise anksiyete bozuklukları tanı ölçütleri dışında, alkol-madde kullanım bozuklukları da dahil olmak üzere DSM-5 ölçütlerine göre herhangi bir ruhsal bozukluk tanı ölçütlerini karşılamak, sürekli tedavi gerektirir bir fiziksel veya nörolojik hastalığı bulunmak sayılmaktadır. Araştırmaya, dahil olma ölçütlerini karşılayan 50 hasta ile kontrol grubu olarak yaş ve cinsiyet açısından hasta grubuyla benzerlik gösteren 100 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir.

Araştırmanın etik kurul onayı araştırmanın yapıldığı üniversitede bulunan Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komitesi tarafından 03/12/2014 tarih ve 20478486-391 nolu kararlar verilmiştir.

Değerlendirme Araçları

DSM-5 Yaygın Anksiyete Bozukluğu İçin Şiddet Ölçeği: Amerikan Psikiyatri Birliği, DSM-5 ile birlikte anksiyete bozukluklarını tanı bazında ölçme ve değerlendirme amacıyla kısa öz bildirim ölçekleri hazırlamıştır(20). DSM-5 Yaygın Anksiyete Bozukluğu İçin Şiddet Ölçeği, yaygın anksiyete bozukluğunun belirtilerini, belirtilerin şiddet ve sıklığını ifade eden on maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Anksiyetenin somatik ve psikik belirtilerini yordamaktadır. Beşli likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her madde 0 ve 4 puan arasında puanlanmaktadır. Ölçek toplam puanı arttıkça yaygın anksiyete bozukluğu için şiddetin arttığı görülmektedir.

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri(SKE): Spielberger tarafından bireyin durumluk ve sürekli kaygı düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilen toplam 40 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir (15).

Durumluk kaygı ve sürekli kaygı olmak üzere iki farklı ölçekten oluşmaktadır. Bu çalışmada sürekli kaygı envanteri kullanılmıştır. Ölçek dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Anksiyetenin bilişsel, duysal, bedensel ve davranışsal belirtilerini ölçmektedir. Türkçe için geçerlilik-güvenilirlik çalışması Öner ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (16).

İstatistiksel Değerlendirme

Hasta grubu ve sağlıklı kontrol grubu arasında, sosyodemografik ve klinik özellikler açısından istatistiksel anlamda fark olmadığını göstermek amacıyla; sayısal değişkenler için bağımsız gruplarda t testi, kategorik değişkenler için ise ki-kare testi uygulanmıştır.

Güvenilirlik analizlerinde, ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık analizleri yapılmıştır. Madde-toplam puan ve alt boyut-toplam puan korelasyon katsayıları ile ölçeğin güvenilirliği ortaya konulmuştur.

Ölçeklerin yapı geçerliliğini değerlendirmek amacıyla açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Açıklayıcı faktör analizi ana bileşenler yöntemine göre varimax rotasyonu uygulanarak yapılmış ve özdeğeri(eigenvalue) 1 ve üzerinde olan faktörler değerlendirmeye alınmıştır. Faktör yapıları içinde faktör yükleri 0.4 ve üzerinde olan maddeler değerlendirmeye alınmıştır. Açıklayıcı faktör yapısı, ölçeğin orijinal yapısıyla karşılaştırılmıştır. Birlikte geçerlilik açısından Spielberger Sürekli Kaygı Envanteri(SKE) ile korelasyona bakılmıştır. Altın standart olarak klinik görüşme kullanılmıştır. Özgüllük ve duyarlılığı ölçmek amacıyla ROC analizi uygulanmıştır ve eğrinin altında kalan alanın 0.90 ve üzeri anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Örneklem grubu, 50 hasta ve 100 sağlıklı olmak üzere toplam 150 gönüllüden oluşmaktadır.

Sosyodemografik Özellikler

Örneklem grubunun %60.1'i (s=92) kadındır ve grubunun yaş ortalaması 29.0±11.8 yıldır. Grubun

%19'u ilköğretim mezunu, %66'sı yükseköğretim mezunu ve %15'i de lise mezunudur. Kontrol grubunun %74.8'i, hasta grubunun %66'sında, herhangi bir madde kullanımı saptanmamıştır. Hasta grubunun %22'sinde, kontrol grubunun %17.5'inde ailede en az bir psikiyatrik hastalık öyküsü mevcuttur. Anksiyete bozukluğu grubunun hastalık süresi 17.1±9.7 yıldır. Araştırmaya katılan gönüllülerin tüm sosyodemografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Gruplar arasında eğitim, medeni hal, meslek ve sosyoekonomik düzey açısından anlamlı fark vardır (p=0,000).

Güvenilirlik Çözümlenmeleri

Yaygın Anksiyete Bozukluğu İçin Şiddet Ölçeğinin içsel tutarlılığı 0.91 ve madde-toplam puan korelasyon katsayıları 0.64-0.83 (p<0.0001) olarak elde edilmiştir. (Tablo 2)

Geçerlilik Çözümlenmeleri

Yaygın Anksiyete Bozukluğu İçin Şiddet Ölçeğinin açıklayıcı faktör analizi yapıldığında, örneklem yeterliliği için KMO katsayısı 0.93 ve Bartlett katsayısı 1278,710 (p<0.0001) olarak bulunmuştur. Tek faktörlü çözüm elde edilmiştir ve özdeğeri 6,89'dur. Varyansın toplam %68,93'ünü açıklamaktadır. Ölçek maddelerinin faktör yükleri 0.48-0.76 arasındadır. (Tablo 2).

SKE ile korelasyon analizinde katsayı r=0.43 (p<0.0001) olarak saptanmıştır. ROC analizi sonucunda eğrinin altında kalan alan 0.88 olarak bulunmuştur.

TARTIŞMA

YAB hem sık görülen hem de diğer psikiyatrik bozukluklarla komorbiditesine sık rastlanılan bir bozukluktur. Bu çalışmada yaygın anksiyete bozukluğunun şiddetini ölçmek üzere geliştirilmiş, DSM-5 Yaygın Anksiyete Bozukluğu İçin Şiddet Ölçeği Türkçe formunun güvenilirliği ve geçerliliği gösterilmiştir.

Tablo 1. Sosyodemografik özellikler

		Sağlıklı n: 103		Hasta n: 50		
Yaş		22.9±4.15		41.6±12.5		
Cinsiyet	Erkek	39	%37.9	22	%44.0	
	Kadın	64	%62.1	26	%56.0	
Eğitim	Okur-yazar	0	%0	1	%2.0	
	İlkokul	1	%1.0	27	%54.0	
	Ortaokul	1	%1.0	3	%6.0	
	Lise	11	%10.7	8	%16	
	Üniversite	90	%87.4	11	%22	
Medeni Hal	Bekar	94	%91.3	13	%26	
	Evli	7	%6.8	35	%70	
	Dul	1	%1.0	2	%4	
	Boşanmış	1	%1.0	0	%0	
Meslek	Memur	4	%3.9	8	%16	
	İşçi	9	%8.7	5	%10	
	Öğrenci	90	%87.4	6	%12	
	İşsiz	0	%0	4	%8	
	Ev hanımı	0	%0	14	%28	
	Serbest	0	%0	5	%10	
	Çiftçi	0	%0	4	%8	
	Emekli	0	%0	4	%8	
	Madde kullanımı	Yok	77	%74.8	34	%68
		Sigara	8	%7.8	11	%22
Alkol		13	%12.6	1	%2	
Sigara+ Alkol		5	%4.9	0	%0	
İlaç		0	%0	4	%8	
Psikiyatrik Özgçemiş	Var	12	%11.7	27	%54	
	Yok	91	%88.3	23	%46	
Psikiyatrik Soygçemiş	Var	18	%17.5	11	%22	
	Yok	85	%82.5	39	%78	
Hastalık süresi		0		17.1±9.7		

YAB tanısını ölçmek amacıyla geliştirilen çok sayıda ölçek bulunmamaktadır. 2011 yılında Türkçe için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan YAB-7 ölçeğinin, ölçek toplam puanı için Cronbach alpha değeri 0,852, maddelerin korelasyon katsayıları ise 0,43-0,68 arasında saptanmıştır(19). DSM-5 Yaygın Anksiyete Bozukluğu İçin Şiddet Ölçeğinin iç tutarlılığı değerlendirildiğinde Cronbach alpha değeri 0.91 ve madde-toplam puan korelasyon katsayıları 0.64-0.83 ($p<0.0001$) olarak elde edilmiştir. Bu sonuca göre ölçeğin iç tutarlılık katsayısı ve dolayısıyla güvenilirliği iyi düzeydedir.

DSM-5 Yaygın Anksiyete Bozukluğu İçin Şiddet

Ölçeğinin faktör analizinde tek faktörlü çözüm elde edilmiştir. Tek faktörlü çözümün özdeğeri 6,89'dur, varyansın toplam %68,93ünü açıklamaktadır. YAB-7 ölçeği ile yapılan faktör analizinde de araştırmamızla benzer biçimde tek faktörlü çözüm gözlenmiştir. Her iki ölçeğin de maddelerinin faktör yükleri yüksektir. YAB-7'nin Durumluk Kaygı Ölçeği (0,574), Süreklilik Kaygı Ölçeği (0,671) ve Beck Depresyon Envanteri (0,632) ile orta derecede korele olduğu görülmüştür(19). Bizim çalışmamızda ise ölçeğin SKE ile korelasyon analizinde katsayı $r=0.43$ ($p<0.0001$) olarak hesaplanmıştır. SKE'nin anksiyeteyi yordama gücü olmasına karşın sadece YAB'nu ölçmemesi nedeniyle korelasyon yeterli

Tablo 2. Düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayıları ve madde çıkarıldığında Cronbach's Alpha değeri ve faktör yükleri

	Düzeltilmiş Madde Toplam Puan Korelasyon katsayıları	Madde Çıkarıldığında Cronbach's Alpha değeri	Maddelerin faktör yükleri
YAB1	0,771	0,944	0,66
YAB 2	0,785	0,944	0,68
YAB 3	0,766	0,944	0,66
YAB 4	0,826	0,942	0,74
YAB 5	0,798	0,943	0,70
YAB 6	0,818	0,942	0,74
YAB 7	0,819	0,943	0,73
YAB 8	0,829	0,942	0,76
YAB 9	0,798	0,943	0,70
YAB 10	0,643	0,950	0,48

olarak değerlendirilmiştir. Birlikte geçerlilik analizleri de ölçeğimizin genel anksiyete ölçeği ile korele olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca anksiyeteyi yordamak açısından yapılan ROC analizi sonucunda eğrinin altında kalan alan 0.88 olarak belirlenmiştir ve bu değer ölçeğin yeterli özgüllük ve duyarlılığa sahip olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin, uygulanan yapı geçerliliği ve birlikte geçerliliği analizleri, geçerli bir biçimde kullanılabilir olduğunu desteklemektedir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Üstünlükleri

Belirtili dönemde olan hastaların oluşturduğu örneklem grubunun sayısının görece düşük olması bu çalışmanın sınırlılıklarından birisidir. Araştırmanın bir diğer sınırlılığı ise katılımcıların beyanının alınması ve uygulayıcıların psikiyatri uzmanı olmasına rağmen sağlıklı kontrol grubuna tanı araştırması için yapılandırılmış bir klinik görüşme uygulanmamasıdır. Kontrol grubu ve hasta grubu arasında eğitim, medeni hal, meslek ve sosyoekonomik düzey açısından fark olması, ölçek maddeleri açısından karşılaştırmalı çözümlemede elde edilen farklılıkları değerlendirirken dikkate alınmalıdır. Çalışmamız yöntem olarak, sadece yaygın anksiyete bozukluğu hastalarıyla yürütülmesi sonrasında elde edilecek faktör analizi bulguları ve ölçme gücünün diğer anksiyete bozukluklarından farklılaşması bakımından uygun

değildir. Yaygın anksiyete bozukluğunun yapı geçerliliğine göre, daha fazla sayıda yaygın anksiyete bozukluğu tanısı alan hasta ile yapılacak yeni çalışmalara gerek vardır. Bu çalışmanın amaçları doğrultusunda, yapılan tüm istatistiksel çözümler bu büyüklükteki örneklem grubuyla eksiksiz olarak yapılabilmektedir. Araştırmanın üstünlükleri ise örneklem grubunun hastaları temsil etmesidir, bu şekilde ölçeğin klinik anlamda kullanılabilirliği ortaya konulmaktadır. Yine hasta grubunda anksiyete bozukluğunun çeşitli dönemlerinde olan hastaların var olması, ölçeğin hedefine uyum sağlamaktadır.

Bu bulgularla Yaygın Anksiyete Bozukluğu İçin Şiddet Ölçeğinin Türkçe için güvenilir ve geçerli olduğu gösterilmiştir.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr., Deniz Alçı, Balıkesir Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Balıkesir, Türkiye
dkabadayi@yahoo.com.

KAYNAKLAR

1. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Yenilenmiş Onbirinci Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2011, 448-512
2. Köroğlu, E. DSM-IV-TR tanı ölçütleri başvuru el kitabı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.
3. Halbreich U. Anxiety disorders in women: a developmental and lifecycle perspective. *Depression and Anxiety* 2003; 17:107-110.
4. Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:355-64
5. Garyfallos G, Adamopoulou A, Karastergiou A, Voikli M, Milis V, Donias S, Giouzevas J, Parashos A. Psychiatric comorbidity in Greek patients with generalized anxiety disorder. *Psychopathology* 1999; 32:308-18.
6. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:593-602.
7. Klein DF. Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacologia* 1964; 5:397-408
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, American Psychiatric Association, Washington DC, 1980
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed., American Psychiatric Association, Washington DC, 1994
10. Brown TA, Barlow DH, Liebowitz MR. The empirical basis of generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 1994;151:1272-1280
11. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology* 1988; 56:893.
12. Mustafa U, Sahin Nesrin H, Husnu E. Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 1998; 12: 163-172.
13. Hamilton M. The assesment of anxiety states by rating. *Br J Psychol* 1959; 32: 50-55
14. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Değerlendiriciler Arası Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998; 9: 114-117
15. Spielberger CD. State-Trait anxiety inventory. *The Corsini encyclopedia of psychology* 2010; 1-1.
16. Öner N, LeCompte WA. Durumluk - Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. 1983, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 1983
17. <http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm5/online-assessment-measures>.
18. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med* 2006; 166:1092- 1097.
19. Konkan R, Şenormancı Ö, Güçlü Ö, Aydın E, Sungur MZ. Yaygın anksiyete bozukluğu-7 (yab-7) testi türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirliği. *Arch Neuropsychiatr* 2013; 50: 53-58
20. Lebeau RT, Glenn DE, Hanover LN, Beesdo-Baum K, Wittchen HU, Craske MG. A dimensional approach to measuring anxiety for DSM-5. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2012; 21:258-272.

Bipolar bozukluk hastaları ve birinci derece yakınlarında zihin kuramı ve yürütücü işlevler

Theory of mind and executive functions in bipolar disorder patients and their first-degree relatives

Taçlan Duman¹, Figen Ateşçi², Osman Zülkif Topak³, İbrahim Şendur⁴, Selim Tümkaya², Osman Özdel²

¹Uzm. Dr., Tavas Devlet Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, Denizli, Türkiye <https://orcid.org/0000-0001-9957-3586>

²Prof. Dr., ³Dr. Öğr. Üyesi, Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri A.D., Denizli, Türkiye <https://orcid.org/0000-0001-6681-6350>
<https://orcid.org/0000-0002-1604-2243><https://orcid.org/0000-0002-0474-4467><https://orcid.org/0000-0002-6153-6744>

⁴Uzm. Dr., Denizli Devlet Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, Denizli, Türkiye <https://orcid.org/0000-0001-8467-267X>

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada bipolar bozukluk hastaları ve birinci derece yakınlarında zihin kuramı becerileri ve yürütücü işlevlerinde bozulma olup olmadığı ve aralarındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışmaya DSM-IV'e göre tanı konmuş 30 Ötimik Bipolar I bozukluklu hasta, bu hastaların birinci derece yakınları ve 30 sağlıklı gönüllü katılmıştır. Tüm katılımcılara sosyodemografik veri formu, Hamilton Depresyon Ölçeği, Young Mani Ölçeği, Wechsler Erişkinler İçin Zeka Testi uygulanmış; yürütücü işlevleri ve dikkati değerlendirmek için Wisconsin Kart Eşleme Testi, Stroop Testi, İz Sürme Testi A ve B, Sayı Dizisi Testi; zihin kuramı yeteneklerini değerlendirmek için ise Gözler Testi, İmayı Anlama Testi ve Pot Kırmayı Farketme Testi uygulanmıştır. **Bulgular:** Gruplar arasında zihin kuramı açısından anlamlı fark saptanmamıştır ancak toplam zihin kuramı puanlarının bipolar hasta, hasta yakını ve kontrol grubu sırasını izlediği görülmüştür. Dikkat ve Yürütücü işlevlerde ise hasta grubunun İz Sürme Testi-A ve Sayı Dizileri Testi ters sayı puanlarında anlamlı düşüklük görülmüştür. Zihin kuramı ile yürütücü işlevler arasında korelasyonlar tespit edilmiştir. Ayrıca hastalık yükü arttıkça bilişsel işlevlerin ve zihin kuramının kötüleştiği görülmüştür. **Sonuç:** Bu çalışmada, bipolar hastalarının ve yakınlarının zihin kuramı açısından anlamlı kayıplar yaşamadığı; ancak bipolar hastalarda özellikle dikkat ve psikomotor hızda azalma, sözel çalışan bellek alanında bozulmalar olduğu; zihin kuramının yürütücü işlevlerle ilişkili olduğu görülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Bipolar Bozukluk, Zihin Kuramı, Yürütücü İşlevler

SUMMARY

Objective: In this study it is aimed to compare the theory of mind skills and executive functions in bipolar disorder patients and their first degree relatives with controls, and to demonstrate the relationship between executive functions and theory of mind. **Method:** 30 patients with euthymic bipolar I disorder, their first degree relatives, and 30 healthy controls were included in the study. Sociodemographic data form, Hamilton Depression Rating Scale, Young Mania Rating Scale, Wechsler Adults Intelligence Test were applied to all participants; Wisconsin Card Sorting Test, Stroop Test, Trail Making Test A and B, and Digit Span Test were applied to evaluate the executive functions; Reading the Mind in the Eyes Test, Hinting Task and Faux Pas Test were applied to evaluate the theory of mind skills. **Results:** There was not any significant difference between the groups in terms of theory of mind, although total scores were seen from bad to good in bipolar patients, first degree relatives and controls respectively. Patient group had significantly lower performance in Trail Making Test A, and DigitSpan Test inverse number scores. As the severity of disease increased, cognitive functions and the theory of mind were seen to be worsened. The theory of mind was related to executive functions. **Discussion:** In conclusion, we did not find significant losses in terms of theory of mind in bipolar patients and their first degree relatives. But bipolar patients had a deficiency in attention, psychomotor speed and verbal working memory; and theory of mind was related to executive functions.

Keywords: Bipolar Disorder, Theory of Mind, Executive Functions

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2019;22:396-407)

DOI: 10.5505/kpd.2019.78942

GİRİŞ

Bipolar Bozukluk (BB), yinleme ve iyileşmelerle seyreden, ciddi yeti yitimine sebep olan kronik bir hastalıktır. Ayrıca yüksek morbidite ve özkıym riski nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur (1,2). Etiyolojisinde polimorfik ve multifaktöriyel geçişli genetik yatkınlığın olduğu ve ailelerde görülme riskinin genel toplumdan 8-18 kat daha fazla olduğu bilinmektedir (3). BB olan ailelerdeki artan bu hastalık riski, bilim insanlarını endofenotip arayışına itmiştir. Bu alanlardan bir tanesi de bilişsel fonksiyonlardır.

Yapılan çalışmalarda BB olan hastalar ve yakınlarında çeşitli bilişsel bozukluklar olduğu görülmüştür (4,5). Her ne kadar literatürde hasta yakınları ile kontroller arasında anlamlı fark saptamayan çalışmalar olsa da (6); BB olan hastalar ve yakınları arasında özellikle yanıt inhibisyonu ve planlama gibi yürütücü işlevler, sözel öğrenme, sözel bellek ve sözel çalışan bellek açısından benzerlik olduğu, bu işlev bozukluklarının BB için endofenotip adayı olabileceğini öne süren metaanaliz çalışmaları mevcuttur (7). Ayrıca güncel veriler mevcut bilişsel bozuklukların yaşam kalitesine olan olumsuz etkilerini de ortaya koymuş, konunun önemine tekrar vurgu yapmıştır (8,9). Bu nedenle bipolar bozuklukta bilişsel bozukluklar konusu güncelliğini korumaya devam edecektir ve bu alanda daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğu görünmektedir.

Zihin kuramı (ZK), kişinin kendi ve diğerlerinin zihinsel durumları hakkında çıkarsama yapabilme, düşüncelerini, duygularını, davranışlarını, niyetlerini anlama ve tahmin etme, zihinsel olarak bunları temsil edebilme yeteneğini ifade eder (10). Bu yetenek sayesinde kişi, diğer insanların zihinsel durumlarını yüz ifadesi, beden duruşu, sesin tonu gibi özellikleri kullanma yoluyla algılayarak onlara zihinsel durumlar yükler (11). BB olan hastalarda ZK ile ilgili bozulmalar gösterilmiştir (12). Sonraki yıllarda çalışmalar bipolar bozukluk tanılı hastaların akrabaları üzerine yoğunlaşmıştır (13). BB hastaların akrabalarında ZK ve yüzde duygu tanıma üzerine yapılan 16 çalışmayı içeren bir metaanaliz çalışmasında hastaların birinci derece akrabalarında ZK ve yüzde duygu tanıma gibi

sosyal bilişsel yeteneklerde azalma olduğu ortaya konmuştur (14). Ayrıca BB hastalarında remisyonda dahi ZK becerileri ve yaşam kalitesi arasında da ilişkiyi gösteren çalışmalar yapılmıştır (15). Bununla birlikte BB hastalarında bilişsel işlevler ve iç görüyle ilişkisi üzerine yapılan çalışmalar da vardır (16). Bilişsel işlevlerde, özellikle de yürütücü işlevlerde bozulmanın da ZK düzeylerini etkileyeceği düşünülebilir. Çalışmamızda yürütücü işlevlerde bozulma ile ZK arasında herhangi bir ilişki olup olmadığının tespitinin günlük yaşamda ve iş hayatında bipolar bozukluğu olan hastalarda önemli olabileceği düşünülmüştür. Bilişsel işlevleri geliştirmeye yönelik yapılacak girişimler kişide ZK becerilerini gelişmesine, dolayısı ile yaşam kalitesi açısından olumlu etkilerin ortaya çıkmasına yardımcı olabilir.

Genetik bir hastalığı olan bir ailenin hem hastalığı olan üyelerinde, hem de yatkınlık genlerini taşıdığı halde hastalanmamış aile üyelerinde ortak bazı özelliklerin olabileceği vurgulanmaktadır. Hastalık genleri ile ilişkili olan ancak, açık klinik görünüme yol açmayan bu özelliklere endofenotip (Nörofizyolojik ve Nörokognitif Genetik Belirleyici) denmektedir (17,18). Özgül olmayan ve daha geniş bir hastalık yelpazesi ile ilişkili gibi görünen endofenotip adayı saptamak için nörokognitif, nörofizyolojik, gelişimsel ve metabolik alanlarda yapılan çalışmalar hastalığın erken teşhisinde ve tedavisinde yararlı olabilir.

Bipolar bozukluğu olan hastalar ve birinci derece yakınlarında ZK ve yürütücü işlevlerin (Yİ) birlikte değerlendirildiği bir çalışmaya taramalarımızda rastlamadık. Bu çalışmada bipolar bozukluğu olan hastalar, birinci derece akrabaları ve sağlıklı kontrollerin zihin kuramı ile yürütücü işlevlerinin saptanması ve aralarındaki ilişkinin araştırılarak zihin kuramının endofenotip adayı olup olamayacağının araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Çalışmaya hastanemiz Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniği'nde takip ve tedavi gören, DSM-IV'e göre bipolar I bozukluk tanısı alan, en az 8 haftadır ötimik olan (Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) ≤ 8 , Young Mani Derecelendirme

Ölçeği (YMDÖ)≤6) 30 hasta; hastalıktan etkilenmemiş 30 birinci derece hasta yakını (anne baba ya da kardeş); ve çalışma grupları ile yaş, cinsiyet ve eğitim süresi yönünden benzer, ailesinde bipolar öyküsü olmayan, herhangi bir fiziksel ya da ruhsal hastalığı olmayan 30 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir. Çalışmaya alınma ölçütleri; 18-60 yaş arası olma, WAIS-R testinden 70'in üzerinde puan alma, en az ilkokul mezunu olma, alkol ve madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığına sahip olmama, bilişsel işlevleri etkileyebilecek merkezi sinir sistemi hastalıkları ya da kafa travması öyküsü olmama, son 6 ay içinde elektrokonvülf tedavi (EKT) yapılmamış olma, test uygulamalarını engelleyecek derecede görme bozukluğu veya işitme kaybı olmama olarak belirlenmiştir. Ek psikiyatrik hastalığı olanlar da çalışma dışı bırakılmıştır.

Tüm katılımcıların yazılı bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Çalışmamız için Hastane Etik Kurulu'ndan 06.03.2013 tarih ve 2013/48 sayılı Etik Kurul Onayı alınmıştır.

Tüm katılımcılara sosyodemografik veri formu doldurulmuş, hasta grubuna DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) (19,20) ile HDDÖ (21,22) ve YMDÖ (23,24) uygulanmıştır. Katılımcılara Wechsler Erişkinler İçin Zeka Testi (WAIS-R) (25) uygulanmış ve testten 70'in altında puan alanlar çalışmadan çıkarılmıştır. Çalışmamızda özellikle hastaların günlük yaşamında ve iş hayatlarında işlevselliklerini etkileyebilen yürütücü işlevleri ve dikkati değerlendirmek için Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET), Stroop Testi, İz Sürme Testi A ve B (IST-A, IST-B), Sayı Dizisi Testi (SDT); ZK yeteneklerini değerlendirmek için de Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT), İmayı Anlama Testi (İAT), Pot Kırmayı Fark Etme Testi (PKF) uygulanmıştır. Ölçekler araştırmacılarından bir psikiyatrist, testler ise bir psikolog tarafından uygulanmıştır.

Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET): WKET, zihinsel esneklik, soyut düşünme, hedefe yönelik hareketi planlama ve çevresel değişimlere göre yanıtı değiştirebilme gibi Yİ değerlendirebilmek amacıyla 1948 yılında Berg tarafından geliştirilmiş, Heaton ve ark. tarafından son şekli verilmiştir (26). Test aynı zamanda strateji oluşturma ve iptal etme

yeteneğiyle bilişsel esneklik gibi frontal lob işlevlerini değerlendirir. Testin ülkemizde standardizasyon çalışması yapılmıştır (27).

Stroop Testi: İlk olarak Stroop (28) tarafından geliştirilen test, bozucu bir etki altında iken kişinin alışılmış bir davranış örüntüsünü bastırabilme ve olağan olmayan bir davranışı yapabilme yeteneğini ve seçici dikkati ölçmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (29). Bu çalışmada Stroop testi Dodrill formu kullanılmıştır.

İz Sürme Testi A ve B (Trail Making Test): Reitan (30) tarafından geliştirilen bu test, görsel arama, tarama, işlem hızı, zihinsel esneklik ve Yİ ile ilgili bilgi vermektedir. Türkçe standardizasyonu Cangöz ve ark. (31) tarafından yapılmıştır. Testin A bölümünde, katılımcıdan düzensiz olarak yerleştirilmiş ve 1'den 25'e kadar numaralandırılmış daireleri bir çizgiyle birleştirmesi istenir. B bölümünde ise, 1'den 13'e kadar olan sayılar ve A'dan İ'ye kadar olan harfler karışık olarak yerleştirilerek, katılımcıdan daireleri bir sayı bir harf olacak şekilde birleştirmesi istenir. Her bölüm için elde edilen süreler hesaplanmakta ve B bölümü süresinden A bölümünün süresinin çıkarılmasıyla (B-A) çalışma belleği hakkında bilgi alınmaktadır.

Sayı Dizisi Testi (Digit Span Test): WAIS-R'in bir alt ölçeği olan bu test global bir dikkat ölçeğidir (32,33). Ülkemizde standardizasyon çalışması yapılmıştır (27). Düz sayı sayımı, kişinin kendisine söylenen karmaşık sayıları aklında tutup tekrar edebildiğine dayanır ki bu basit dikkati değerlendirmeye yarar. Ters sayı sayımı ise, kişinin kendisine söylenen karmaşık sayıları, geriye doğru tekrarlayabilmesine dayanır ki bu da zihinsel iz sürme gerektirdiğinden karmaşık dikkati değerlendirmeye yarar. Normal olarak, bir insanda düz ve ters sayı uzamı arasındaki fark 1'dir. Eğer ters sayı sayımı daha fazla azalmışsa, dikkat kontrolüyle ilgili bir sorun olduğu düşünülebilir.

Gözlerden Zihin Okuma Testi (Reading the Mind in the Eyes Test): Baron-Cohen ve arkadaşları (34) tarafından duygu tanıma yetisini değerlendirme amacıyla geliştirilen bu test, kişilerin sadece göz kısmını içeren 36 adet fotoğraftan oluşmaktadır.

Denekten verilen 4 seçenektan resimdeki kişinin zihinsel durumunu en iyi tarif eden seçeneği belirlemesi istenir. Seçenekler kompleks emosyonlar veya niyetler üzerinden kurgulandığından test, emosyon tanıma değil ZK yeteneğinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yıldırım ve arkadaşları tarafından yapılmış olup 4 madde iç tutarlılığı düşük bulunduğu için orijinal araştırma ekibinin de onayı ile testten çıkarıldığından Türkçe form 32 maddeden oluşmaktadır (10).

İmayı Anlama Testi (Hinting Task): Corcoran ve arkadaşları (35) tarafından geliştirilen bu test, dolaylı olarak söylenmiş sözel ifadelerin altında yatan gerçek niyetleri anlayabilme becerisini test eder. Testin orijinal versiyonunda 2 kişi arasında iletişimi anlatan ve birinin diğerine bir imada bulunması ile sonlanan 10 kısa öykü bulunmaktadır. Katılımcıya kişinin gerçekte ne söylemek istediği sorulmakta ve eğer katılımcı ilk ima sorusuna doğru cevap vermezse daha açık bir ima içeren soruya geçilmektedir. Birinci ima için doğru cevap verilirse 2 puan, daha açık ima içeren soruya doğru cevap verilirse 1 puan, her iki ima sorusuna da doğru cevap verilmezse 0 puan verilir. Bu çalışmada, Yücel (13) ve Sakarya'nın (36) çalışmalarında olduğu gibi İma testinin 2 öyküsü kullanılmıştır.

Pot Kırmayı Fark Etme (PKF) Testi (Faux pas): Bu test, bir kişinin söylememesi gereken bir sözü, söylememesi gerektiğini bilmeden söylediğini kavrayabilme yetisini değerlendirmektedir. Pot

kırma, diğer kişinin ne hissedeceğini kavrayabilmeyi gerektirdiği için bu beceri empatiyi de içermektedir. Baron-Cohen ve arkadaşları (37) tarafından oluşturulan testin orijinalinde on öykü olup, bunlardan ikisi Türkçeye çevrilerek uygulanmıştır. Çeviri esnasında kültürel uyarlama da yapılmıştır. İki karakter arasında geçen bir diyalogun içerisinde karakterlerden birinin kıldığı potun denek tarafından anlaşılıp anlaşılmadığı sorularla test edilmektedir. Bu çalışmada, daha önce yapılmış Türkçe çalışmalarda olduğu gibi PKF testinin 2 öyküsü kullanılmıştır (13,36).

İstatistiksel Analizler

Veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 18.0 paket programıyla analiz edilmiştir. Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma ve kategorik değişkenler sayı (yüzde) olarak verilmiştir. Bağımsız grup karşılaştırmalarında, parametrik test varsayımları sağlandığında Varyans Analizi ve İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi; parametrik test varsayımları sağlanmadığında ise Kruskal Wallis Varyans Analizi ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Niteliksel değişkenler Ki-kare testi ile incelenmiştir. Değişkenler arası ilişkiyi incelemek için Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır.

BULGULAR

Grupların sosyodemografik verileri Tablo1'de özetlenmiştir. Buna göre BB olan hastalar, birinci

Tablo 1. Grupların sosyodemografik özellikleri

Sosyo demografik Özellikler	Bipolar hasta		Hasta yakını		Kontrol		p
	Ort \pm SS	(Min-Max)	Ort \pm SS	(Min-Max)	Ort \pm SS	(Min-Max)	
Yaş	36.27 \pm 11.72	(19-57)	36.23 \pm 12.44	(18-58)	36.13 \pm 11.87	(19-58)	0.99*
Eğitim süresi (yıl)	11.13 \pm 3.97	(5-17)	10.93 \pm 4.24	(5-18)	11.60 \pm 4.39	(5-18)	0.76**
	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet							
Kadın	16	53.3	18	60	17	56.7	0.87***
Erkek	14	46.7	12	40	13	43.3	
Medeni durum							
Bekar	13	43.3	9	30	10	33.3	0.14***
Evli	14	46.7	18	60	20	66.7	
Boşanmış ve dul	3	10	3	10	-	-	

* One-Way ANOVA ** Kruskal-Wallis, *** X² (Pearson)

Tablo 2. Grupların zihin kuramı test puanları

Zihin Kuramı Testleri	Bipolar hasta		Hasta yakını		Kontrol	
	Ort ± SS	(Min-Max)	Ort ± SS	(Min-Max)	Ort ± SS	(Min-Max)
Gözlerden Zihin Okuma Testi	20.13±4.84	(6-29)	20.90±5.32	(11-28)	21.90±5.89	(11-32)
İmayı Anlama Testi	3.43±0.93	(1-4)	3.70±0.75	(1-4)	3.70±0.75	(1-4)
Pot Kırmayı Farketme Testi	9.33±3.60	(1-12)	10.40±2.35	(2-12)	10.83±2.37	(2-12)

*Kruskal-Wallis

derece yakınları ve sağlıklı kontroller arasında yaş, cinsiyet, eğitim süresi ve medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Grupların ZK test puanları Tablo 2’de gösterilmiştir. Buna göre BB olan hastalar, hasta yakınları ve sağlıklı kontrol grupları arasında Gözlerden Zihin Okuma Testi, İmayı Anlama Testi, Pot Kırmayı Fark Etme Testi ve Toplam ZK test puanları değerlendirilmiş, gruplar arasında ZK fonksiyonları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Grupların Yİ ve dikkat test puanları Tablo 3’te gösterilmiştir. BB olan hastalar, hasta yakınları ve sağlıklı kontrol grupları arasında WKET tüm alt parametre puanları, Stroop testi, İST-B ile İST-B-A ve SDT düz sayı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. İST-A ve SDT ters sayı puanları açısından ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 3). Bu farklılığın nereden kaynaklandığını anlamak için Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ile ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Bipolar bozukluğu olan hasta grubu kontrol grubuna göre, hem İST-A’da ($p=0.002$), hem de SDT ters sayı’da ($p=0.004$) daha kötü performans göstermiştir.

Tablo 3. Grupların yürütücü işlev ve dikkat test puanları

	Bipolar hasta		Hasta yakını		Kontrol	
	Ort ± SS	(Min-Max)	Ort ± SS	(Min-Max)	Ort ± SS	(Min-Max)
Wisconsin Kart Eşleme Testi						
Tanımlanan kategori sayısı	3.27±2.22	(0-6)	3.83±2.23	(0-6)	4.00±2.00	(0-6)
Perseveratif tepki sayısı	33.63±31.51	(1-112)	27.63±33.13	(0-124)	24.77±25.73	(0-112)
Perseveratif hata sayısı	27.57±23.18	(1-84)	22.87±25.55	(0-94)	21.23±20.46	(0-80)
Perseveratif hata yüzdesi	21.73±17.92	(1-66)	18.17±19.81	(0-74)	16.87±15.53	(0-62)
Kavramsal düzey tepki sayısı	48.30±21.93	(6-82)	49.50±23.97	(0-85)	53.60±19.44	(0-79)
Kavramsal düzey tepki yüzdesi	42.17±22.89	(5-83)	47.00±26.81	(0-86)	52.60±25.13	(0-86)
Kurulumu sürdürme başarısızlığı	1.03±1.29	(0-5)	1.03±1.49	(0-6)	1.10±1.34	(0-4)
Stroop Testi						
Yanlış sayısı	1.60±5.24	(0-27)	0.60±1.10	(0-4)	0.60±1.07	(0-4)
Düzeltilme	1.87±3.19	(0-13)	3.07±4.88	(0-22)	1.97±2.45	(0-13)
Süre farkı	63.87±57.84	(14-323)	48.53±19.25	(19-93)	42.30±17.40	(17-74)
İz Sürme Testi (İST)						
İST-A	58.57±29.57	(17-161)	47.50±24.71	(19-120)	43.17±15.60	(20-100)
İST-B	146.70±69.83	(50-370)	145.13±105.43	(47-540)	114.00±57.54	(47-274)
B-A	88.13±65.17	(16-320)	97.63±96.20	(5-496)	70.83±47.94	(16-200)
Sayı Dizileri Testi						
Düz sayı	5.03±1.71	(3-10)	5.47±1.83	(3-10)	5.77±2.51	(2-14)
Ters sayı	4.37±1.65	(2-8)	4.67±1.78	(2-8)	5.77±2.04	(2-12)

*Kruskal-Wallis, **One-Way ANOVA

Tablo 4 Bipolar hastaların klinik özellikleri ile yürütücü işlev ve dikkat test sonuçları arasındaki korelasyonlar

		Hastalık başlangıç yaşı	Hastalık süresi	Manik/hipomanik atak sayısı	Depresif atak sayısı	Toplam atak sayısı	Hastaneye yatış sayısı
Wisconsin Kart Eşleme Testi							
Tamamlanan kategori sayısı	r	-0.319	-0.361	-0.476	0.159	-0.337	-0.214
	p	0.085	0.050	0.008	0.402	0.68	0.256
Perseveratif tepki sayısı	r	0.202	0.585	0.460	0.033	0.394	-0.006
	p	0.285	0.001	0.011	0.864	0.031	0.975
Perseveratif hata sayısı	r	0.202	0.593	0.463	0.016	0.384	0.043
	p	0.285	0.001	0.010	0.935	0.036	0.820
Perseveratif hata yüzdesi	r	0.204	0.593	0.462	0.018	0.385	0.046
	p	0.280	0.001	0.010	0.926	0.036	0.809
Kavramsal düzey tepki sayısı	r	-0.191	-0.369	-0.388	0.040	0.297	-0.277
	p	0.311	0.045	0.034	0.834	0.111	0.138
Kavramsal düzey tepki yüzdesi	r	-0.271	-0.430	-0.443	0.087	-0.314	-0.180
	p	0.148	0.018	0.014	0.648	0.091	0.341
Kurulumu sürdürme başarısızlığı	r	0.179	-0.093	-0.067	-0.130	-0.121	-0.048
	p	0.344	0.625	0.727	0.493	0.525	0.800
Stroop Testi							
Yanlış sayısı	r	-0.118	0.022	-0.110	0.256	0.027	0.218
	p	0.536	0.908	0.562	0.172	0.887	0.248
Düzeltilme	r	-0.127	0.055	-0.043	0.257	0.095	-0.009
	p	0.502	0.772	0.823	0.171	0.618	0.963
Süre farkı	r	0.418	0.240	0.083	0.135	0.076	0.035
	p	0.022	0.202	0.665	0.475	0.691	0.855
İz Sürme Testi (İST)							
İST-A	r	0.471	0.464	0.214	0.175	0.179	0.251
	p	0.009	0.010	0.256	0.356	0.343	0.182
İST-B	r	0.378	0.313	0.360	0.152	0.320	0.317
	p	0.040	0.092	0.050	0.423	0.085	0.088
B-A	r	0.087	-0.004	0.236	0.021	0.197	0.162
	p	0.647	0.985	0.209	0.911	0.297	0.394
Sayı Dizileri Testi							
Düz sayı	r	-0.333	-0.547	-0.358	0.083	-0.230	-0.280
	p	0.072	0.002	0.052	0.663	0.221	0.135
Ters sayı	r	-0.031	-0.308	-0.176	-0.177	-0.149	0.016
	p	0.869	0.098	0.352	0.351	0.430	0.933

Spearman korelasyon analizi

Hasta yakınları ile kontrol grubu arasında ve BB olan hastalar ile hasta yakınları arasında ise istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bipolar bozukluğu olan hastaların %63.3'ünde ($n=19$) psikotik bulgu öyküsü olup psikotik bulgu öyküsü olan ve olmayan hastalar arasında ZK puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Psikotik bulgu öyküsü olan ve olmayan BB olan hastalar arasında Yİ ve dikkat testlerinden ise sadece İST B-A açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, diğer Yİ ve dikkat testlerinde anlamlı fark saptanmamıştır. Psikotik bulgu öyküsü olan BB olan hastalar, psikotik bulgu öyküsü olmayanlara göre İST B-A'da daha kötü performans göstermiştir (Psikotik bulgu olan hastalarda İST B-A $120.27 \pm$

91.13; iken psikotik bulgu olmayanlarda İST B-A 69.53 ± 35.10 ; $p=0.037$).

Bipolar bozukluğu olan hastaların klinik özellikleri ile ZK test sonuçları arasındaki korelasyonlara bakıldığında hastalık başlangıç yaşı ($p=0.047$; $r=-0.366$), hastalık süresi ($p=0.001$; $r=-0.583$) ve manik/hipomanik atak sayısı ($p=0.033$; $r=-0.390$) arttıkça GZOT performansının kötüleştiği görülmüştür. Klinik özellikler ile İAT ve PKF Testi arasında ise anlamlı korelasyon saptanmamıştır ($p>0.05$). Klinik özellikler ile Yİ arasındaki korelasyonlar ise Tablo 4' de özetlenmiş, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi ve manik/hipomanik atak sayısı ile Yİ ve dikkat arasında benzer korelasyonlar olduğu saptanmıştır.

Tablo 5. Bipolar hasta, hasta yakını ve kontrol gruplarının yürütücü işlev ve dikkat testleri ile zihin kuramı test sonuçları arasındaki korelasyonlar

	Zihin Kuramı Testleri	Bipolar hasta r	Hasta yakını r	Kontrol r
Wisconsin Kart Eşleme Testi				
Tamamlanan kategori sayısı	Gözler Testi	0.464**	0.403*	
Perseveratif tepki sayısı	Gözler Testi		-0.460*	
Perseveratif hata sayısı	Gözler Testi	-0.370*	-0.452*	-0.369*
Perseveratif hata yüzdesi	İmayı Anlama Testi			
	Gözler Testi	-0.376*	-0.460*	-0.369*
Kavramsal düzey tepki sayısı	İmayı Anlama Testi			
Kavramsal düzey tepki yüzdesi	Gözler Testi	0.384*	0.391*	
Kurulumu sürdürme başarısızlığı	Gözler Testi	0.452*	0.496**	
	Pot Kırmayı Farketme Testi			-0.438*
Stroop Testi				
Yanlış sayısı	Gözler Testi		-0.367*	-0.548**
	İmayı Anlama Testi			-0.609**
Düzeltilme Süre farkı	İmayı Anlama Testi			-0.511**
	Gözler Testi	-0.370*	-0.528**	-0.499**
	İmayı Anlama Testi			
	Pot Kırmayı Farketme Testi		-0.382*	-0.481**
İz Sürme Testi (IST)				
İST-A	Gözler Testi	-0.519**	-0.582**	
İST-B	Gözler Testi	-0.459*	-0.546**	-0.640**
	İmayı Anlama Testi			-0.386*
B-A	Gözler Testi		-0.459*	-0.642**
	İmayı Anlama Testi			-0.395*
Sayı Dizileri Testi				
Düz sayı	Gözler Testi	0.492**	0.446*	0.512**
	İmayı Anlama Testi			0.384*
Ters sayı	Gözler Testi		0.552**	0.652**
	İmayı Anlama Testi			
	Pot Kırmayı Farketme Testi		0.400*	0.525**

r: Spearman korelasyon katsayısı, *: p<0.05, **: p<0.01

Yİ ve dikkat testleri ile ZK test sonuçları arasındaki korelasyonlar ise Tablo 5'te gösterilmiştir. Tüm gruplarda da GZOT ile Yİ ve dikkat testlerinin birçoğu arasında anlamlı korelasyonlar tespit edilmiştir. Ayrıca hasta yakını ve kontrol gruplarında İAT ve PKF testleri ile de Yİ ve dikkat testleri arasında anlamlı korelasyonlar olduğu görülmüştür.

TARTIŞMA

Çalışmamızda BB olan hastalar, birinci derece yakınları ve sağlıklı kontrollerin ZK ve Yİ' de bozulma olup olmadığı ve aralarındaki ilişki araştırılmıştır.

Sabbagh, ZK becerilerinin zihinsel durum çözümlemesi (mental state decoding) ve zihinsel durum muhakemesi (mental state reasoning) olmak üzere iki bileşene ayrılabilirliğini ifade etmiştir (38). Gözler Testi, görsel temsillerin kullanıldığı zihinsel durum çözümlemesi komponentini ölçmektedir (39). Bora ve arkadaşları (40), ötimik BB olan

hastaların kontrollere göre GZOT'da ve İAT'de daha kötü performans sergilediğini göstermiştir. Şizofreni BB olan hastalarının karşılaştırıldığı bir diğer çalışmada, BB olan hastalarda şizofreni grubuyla benzer düzeyde GZOT'da bozulma saptanmış, İAT'de ise fark olmamakla birlikte BB olan hastaların şizofreni ve kontrol grubunun arasında bir performans gösterdiğini saptanmıştır (41). Martino ve arkadaşları (12) BB I ve II hastalarının her ikisinde de PKF'de bozulma olduğunu tespit etmişlerdir. Lahera ve arkadaşları (42) da BB olan hastaların Yüzen Duygu Tanıma'da anlamlı bozulma gösterdiğini, düşük işlevselliği olan grupta bu bozulmanın daha şiddetli olduğu belirlemiştir. Bununla birlikte BB olan hastalarla GZOT'da, İAT'de ya da PKF'de sağlıklı kontrollerden farklılık göstermediğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (43,44,45). Bizim çalışmamızda her üç testte de BB olan hastalar ve sağlıklı kontroller arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu sonuç bizim hasta grubumuzun hastalık sürelerinin diğer çalışmalara oranla daha kısa olması nedeniyle hastalığın yıkıcı etkilerine daha az maruz

kalmalarına bağlı olabilir (40,41). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, BB olan hasta yakınlarının hem PKF Testi hem de İAT'de sağlıklı kontrollerden daha düşük performans sergilediği tespit edilmiştir (13). Bir diğer çalışmada ise BB olan hastaların çocukları ile kontrol grubu arasında GZOT ve İAT açısından anlamlı fark belirlenmemiştir (46). Bizim çalışmamızda da BB olan hastaların birinci derece yakınları ile sağlıklı kontroller arasında ZK fonksiyonları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu durum hastalıktan etkilenmemiş bireylerin zihin kuramında herhangi bir etkilenme olmadığını göstermektedir. Öte yandan çalışmamız, manik ve depresif dönemdeki BB olan hastalarda ZK performansında bozukluk saptarken remisyondaki BB olan hastalarda ZK becerilerini normal bulan Kerr ve arkadaşlarının (47) çalışması ile uyumludur. Her ne kadar çalışmamızda ZK performansları açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmasa da, toplam ZK puanlarının kötüden iyiye doğru bipolar bozukluklu hasta (32.90 ± 7.57), hasta yakını (35.00 ± 6.61) ve kontrol grubu (36.43 ± 7.46) sırasını izlemesi dikkat çekicidir. Gruplar arasındaki farkın kuvvetle muhtemel örneklem sayısının yetersizliğinden dolayı istatistiksel anlamlı düzeye ulaşmadığı da düşünülebilir. Literatürde psikotik semptom öyküsünün BB olan hastalarda ZK fonksiyonlarını etkilemediğini belirten çalışmalar olduğu gibi (12,40,48), ZK ile ilişkilendiren çalışmalar da mevcuttur (44). Bizim bulgularımız psikotik bulgu öyküsünün ZK test performansını etkilemediği yönündedir. Ancak örneklem sayısının az olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca çalışmamızda BB olan hastalarda hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi ve manik/hipomanik atak sayısı arttıkça GZOT performansının kötüleştiğini gösteren anlamlı korelasyonlar izlenmiştir. Bu bulgular hastalık süresi ile ZK performansı arasında anlamlı negatif ilişki saptayan McKinnon ve ark. (49) ve atak sayısı ile ZK arasında negatif korelasyon saptayan Montag ve ark.nın (50) çalışmaları ile uyumludur. Ancak çalışmamızda İAT ve PKF arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır. Gözler Testi ZK'nın emosyonel komponentini değerlendiren bir test olup, çalışmamızda ZK'nın emosyonel komponentinin daha fazla etkilendiği, bilişsel komponentinin ise klinikten bu derece etkilenmediği görülmektedir. Dolayısıyla BB olan hastalarda emosyonel

komponentin daha belirgin şekilde etkilendiği söylenebilir.

Birçok çalışmada BB olan hastalarda WKET perseveratif hata sayısında artış saptanırken tamamlanan kategori sayısında ise bozulma tespit edilmemiştir (51,52). Kolor ve arkadaşları (53) 5 yıldan az hastalık süresi olan ve ikiden fazla epizod geçirmemiş olan BB olan hastalarda dahi WKET perseveratif hata sayısında ve tamamlanan kategori sayısında kötüleşmeyi saptamışlar, ancak Frangou ve arkadaşları (54) ise fark saptamamışlardır. Hasta yakınları ile yapılan çalışmalarda da sonuçlar çelişkili görünmektedir (55,56). Bizim çalışmamızda ise bipolar bozukluklu hasta, hasta yakını ve kontrol grupları arasında hiçbir WKET alt parametresinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu durum BB hastalarda ötimik dönemde tamamlanan kategori sayısı (soyut düşünme), perseveratif hata (zihinsel esneklik, problem çözme) gibi yürütücü işlev performanslarının hasta yakınları ve sağlıklı kontroller kadar sağlam kalabildiğini göstermektedir.

Bipolar hastalarda Stroop testinde bozulma birçok çalışmada gösterilmiştir (53,54). Ancak literatürde aksine sonuçlar da mevcuttur (51) Çalışmamızda Stroop testi yanlış sayısı, düzeltme ve süre farkı açısından BB olan hasta, hasta yakını ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Bu sonuca göre BB olan hastaların ötimik dönemde seçici dikkat alanındaki performanslarının hasta yakınları ve sağlıklı kontroller kadar sağlam kalabildiğini söylenebilir. Çalışmalarda elde edilen farklı sonuçlar Yİ' in hepsinde değil bir bölümünde bozulmaların olabileceğini düşündürmektedir. İz Sürme Testi A bölümü dikkat ve psikomotor hızı ölçmekte olup B bölümü ise Yİ değerlendirildiği bilinmektedir (56), ikisi arasındaki farkı ifade eden B-A ise Yİ' nin daha spesifik bir ölçümü kabul edilmektedir (57). Ötimik BB olan hastalarda İST-A performansında bozulma gözlenirken İST-B açısından kontrollere göre fark belirlenmeyen çalışmalar vardır (51,58), ancak her ikisinde de bozulma olmayan çalışmalar da vardır (53). Çalışmamızda da BB olan hastaların kontrol grubuna göre İST-A'da daha kötü performans gösterdiği, İST-B ve B-A'da gruplar arasında fark olmadığı belirlenmiştir. Bipolar bozukluğu

olan hastalarda kontrollere göre dikkat ve psikomotor hızda azalma olduğu görülmektedir. Hasta yakınlarında yapılan çalışmalar ise çelişkilidir (55,56,57,59,60). Bizim çalışmamızda da İST-B ve B-A açısından BB olan hastalar, hasta yakınları ve kontroller arasında anlamlı fark saptanmamış, İST-A açısından gruplar arasında bulunan farkın sadece BB olan hastalar ile kontroller arasında olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç da WKET ve Stroop Test ile paralel bir şekilde bipolar hastalarda yürütücü işlevlerin hasta yakınları ve sağlıklı kontrollerle benzer düzeyde olduğunu, hastaların yalnızca dikkat ve psikomotor hızlarında azalma olduğunu göstermektedir. Ancak dikkat ve psikomotor hızdan bahsederken ilaçların etkisini gözardı edemeyiz.

Öte yandan, BB olan hastalarda Sayı Dizileri Testi tüm alt testlerinde bozulma olduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi (58), yalnızca ters sayı alanında bozulmanın olduğunu gösteren çalışmalar da vardır (51,61). Hasta yakınları ile yapılan çalışmalarda ise sonuçlar çelişkilidir (55,59,60). Çalışmamızda da düz sayı açısından BB olan hasta, hasta yakını ve kontrol grupları arasında anlamlı fark saptanmamış, ters sayı açısından ise sadece BB olan hastalar ile kontroller arasında fark görülmüştür. Bu durumda BB olan hastaların basit dikkatten ziyade özellikle dikkatin kontrolü ile ilgili sorun yaşadıkları söylenebilir.

Psikotik bulgu öyküsünün nöropsikolojik ölçümlere etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, psikotik öyküsü olan BB olan hastaların sadece WKET tamamlanan kategori sayısında daha kötü performans sergilediği; perseveratif tepki, Stroop interferans, İST-A ve İST-B açısından ise fark göstermediği bulunmuş (62). Başka bir çalışmada, WKET tamamlanan kategori sayısının yanında, perseveratif olmayan hata ve Stroop interferans performansında da psikotik öyküsü olanların daha kötü olduğu tespit edilmiştir (63). Selva ve ark. ise psikotik semptom öyküsü olan BB olan hastaların Stroop testinde zorlandığını ancak hastalık kontrol altındayken bu farkın ortadan kalktığını tespit etmiş, bununla birlikte WKET, İST ve SDT' de ise fark saptamadıklarından yola çıkarak psikotik semptom öyküsünün bilişsel yıkımla ilişkili olmayabileceğini öne sürülmüşlerdir (64). Çalışmamızda psikotik bulgu öyküsü olan hastalar

olmayanlara göre sadece İST B-A'da daha kötü performans göstermiş, diğer Yİ ve dikkat testlerinde anlamlı fark saptanmamıştır. Literatürde daha uzun hastalık süresine sahip BB olan hastaların işlem hızının daha yavaş olduğu, dikkatinde azalma olduğu ve Yİ' de bozulma olduğu gösterilmiştir (58,60). Ayrıca manik ve depresif atak sayısı arttıkça WKET performansının azaldığını gösteren çalışmalar da görülmektedir (65). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak hastalık süresi, atak sayısı ve hastalık başlangıç yaşı ile Yİ arasında; hastalık süresi ve hastalık başlangıç yaşı ile psikomotor hız ve dikkat arasında anlamlı korelasyonlar saptanmıştır. Bu sonuçlar BB olan hastalarda hastalık yükü arttıkça bilişsel işlevlerin kötüleştiğini göstermektedir.

Giderek artan çalışmalarda nörolojik hastalarda ZK ve Yİ arasındaki ilişki vurgulanmaktadır. Yayımlanan bir gözden geçirmede, çalışmaların %64'ünde ZK ve Yİ 'in birlikte bozulma gösterdiği, %16'sında Yİ'de bozulma varken ZK'nın sağlam kaldığı, %13'ünde ZK bozulma varken Yİ'nin sağlam kaldığı, %7'sinde ise ZK ve Yİ'nin sağlam olduğu belirtilmiştir (66). Ragsdale ve arkadaşları (67) Gözler Testi performansının, empati ya da sosyal becerilerin yanında Yİ ölçümleri ile de ilişkili olduğunu ve yüz ifadelerinin anlaşılmasında Yİ'nin kullanılabileceğini ileri sürmüştür. Ötimik BB olan hastalar ile yapılan başka bir çalışmada ZK ile Yİ arasında korelasyon olduğu tespit edilmiş, saptanan ZK defisitinin primer olabileceği gibi, bilişsel bozukluğa sekonder de gelişiyor olabileceği öne sürülmüştür (40). Bizim de bulgularımız ZK ile özellikle Yİ olmak üzere bilişsel işlevler arasında ilişki olduğu görüşünü destekler niteliktedir.

Çalışmamızda katılımcı sayısının az olması araştırmamızın önemli kısıtlılıklarından biridir. Örneklem sayısının küçüklüğü ve incelenen değişkenlerin çokluğu istatistiksel sonuçların gücünü azaltmakta ve ileri istatistiksel yöntemlerin uygulanışını sınırlamaktadır. Kullanılan ZK testlerinden PKF ve İAT' nin orijinalinde 10 ar öykü olup, çalışmamızda Yücel (13) ve Sakarya'nın (36) çalışmalarında olduğu gibi testin 2 öyküsü kullanılmıştır. Bu testlerin Türkçe geçerlik-güvenilirliklerinin bulunmaması çalışmamızın bir başka kısıtlılığıdır. Ayrıca kullanılan ilaçların testleri etkileme olasılığı da göz önünde bulundurulmalıdır.

Bilişsel bozulmanın ilaç kullanımına değil de hastalığa bağlı olduğunu belirlemenin en iyi yolu ilaçsız hastaları çalışmaya almaktır, ancak ilaçsız ötimik hastaları bulmak oldukça zordur.

Literatürde BB hastaların birinci derece yakınlarında ZK inceleyen az sayıda çalışma mevcuttur. Çalışmamızda birden fazla ZK testi kullanılmış, bu sayede ZK'nın farklı bileşenlerinin değerlendirilmiştir.

SONUÇ

Sonuç olarak çalışmamız BB olan hastalarda kontrollere göre özellikle dikkat ve psikomotor hızda azalma ve sözel çalışan bellek alanında bozulma olduğunu göstermektedir. ZK'nın emosyonel komponentinin bilişsel komponentine kıyasla daha fazla etkilendiği, bu nedenle BB olan hastalarda emosyonel komponentin öncelikle bozulabileceği düşünülebilir. Ayrıca hastalık yükü arttıkça bilişsel işlevlerin kötüleştiği, yürütücü işlevlerle zihin kuramının ilişkili olduğu çalışmamızın bir diğer önemli sonucu olarak bulunmuştur. Ancak zihin kuramının bipolar bozukluk için sürekli bir belirteç ve endofenotip adayı olup olmadığının belirlenmesi için bu alanda yapılacak olan daha büyük örneklemli, nörokognitif izlemi içeren, ileri çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir.

Yazışma Adresi: Dr. Öğr. Üyesi, Osman Zelkif Topak,
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri A.D., Denizli,
Türkiye drosmantpk@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Eroğlu MZ, Ozpoyraz N. Bipolar Bozuklukta Koruyucu Tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010; 2:206-236.
2. Özerdem A. İki Uçlu Bozukluğun Etiyopatogenezinde Çağdaş Anlayışımız: Klinikten Moleküler Düzeye Sistematik Bir Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri* 2007; 3:11-18.
3. Öztürk MO, Uluşahin NA. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Ankara, Nobel Kitabevi, 2015, pp. 310-312.
4. Arts B, Jabben N, Krabbendam L, van Os J. Meta-analyses of cognitive functioning in euthymic bipolar patients and their first-degree relatives *Psychol Med* 2008; 38:771-85.
5. Volkert J, Haubner J, Kazmaier J, Glaser F, Kopf J, Kittel Schneider S, Reif A. Cognitive deficits in first-degree relatives of bipolar patients: the use of homogeneous subgroups in the search of cognitive endophenotypes. *J Neural Transm* 2016; 123:1001-11.
6. Sharma S, Bhatia T, Mazumdar S, Deshpande SN. Neurological soft signs and cognitive functions: Amongst euthymic bipolar I disorder cases, non-affected first degree relatives and healthy controls. *Asian J Psychiatr* 2016; 22:53-9.
7. Bora E, Yücel M, Pantelis C. Cognitive endophenotypes of bipolar disorder: A meta-analysis of neuropsychological deficits in euthymic patients and their first-degree relatives. *J Affect Disord* 2009; 113:1-20.
8. Toyoshima K, Kako Y, Toyomaki A, Shimizu Y, Tanaka T, Nakagawa S, Inoue T, Martinez-Aran A, Vieta E, Kusumi I. Associations between cognitive impairment and quality of life in euthymic bipolar patients. *Psychiatry Res* 2018; 271: 510-515.
9. Tatay-Manteiga A, Cauli O, Tabarés-Seisdedos R, Michalak EE, Kapczinski F, Balanzá-Martínez V. Subjective neurocognition and quality of life in patients with bipolar disorder and siblings. *J Affect Disord* 2018; 245:283-288.
10. Yıldırım EA, Kaşar M, Güdük M, Ateş E, Küçükparlak İ, Özalmete EO. Gözlerden Zihin Okuma Testi'nin Türkçe Güvenirlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011;22:177-86.
11. Stone VE, Baron-Cohen S, Knight RT. Frontal lobe contributions to theory of mind. *J Cognit Neurosci* 1998;10:640-656.
12. Martino DJ, Strejilevich SA, Fassi G, Marengo E, Igoa A. Theory of mind and facial emotion recognition in euthymic bipolar I and bipolar II disorders. *Psychiatry Res* 2011;189:379-84.
13. Yücel MO, Özgüven HD, Sakarya A, Baskak B, Özel Kızıl ET, Sakarya D, Haran S. Şizofreni ve Psikotik Özellikli Bipolar Bozukluk Hastalarının Birinci Derece Akrabalarında Zihin Kuramı ve Sözel Çalışma Belleğinin İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2016;27:8-14.
14. Bora E, Özerdem A. Social cognition in first-degree relatives of patients with bipolar disorder: A meta-analysis. *Eur Neuropsychopharmacol* 2017;27:293-300.
15. Başoğlu E, Leman İ, Altıntaş M, Beştepe EE. Bipolar I bozukluk hastalarında zihin kuramı becerileri, iç görü ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği olgu-kontrol çalışması. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2018;19:235-243.
16. Varga M, Magnusson A, Flekkøy K, Rønneberg U, Opjordsmoen S. Insight, symptoms and neurocognition in bipolar I patients. *J Affect Disord* 2006;91:1-9.
17. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I CV). Washington, American psychiatric press, 1997, pp.1-87.
18. Leboyer M, Bellivier F, Nosten-Bertrand M, Jouvent R, Pauls D, Mallet J. Psychiatric genetics: search for phenotypes. *Trends Neurosci* 1998; 21:102-105.
19. Ulaş H, Taşlıca S, Alptekin K. Şizofrenide Nörofizyolojik ve Nörokognitif Genetik Belirleyicilerin (Endofenotip) Yeri. *Klinik Psikiyatri* 2008;11:12-19.
20. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Danacı A, Köroğlu E. DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999;12:233-236.
21. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol* 1967; 6:278-296.
22. Akdemir A, Örsel SD, Dağ İ. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin (HDDÖ) geçerliği-güvenirliliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996;4:251-259.
23. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity, and sensitivity. *Br J Psychiatry* 1978;133:429-435.
24. Karadağ F, Oral ET, Aran Yalçın F. Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye' de geçerlik ve güvenirliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 13:107-114.
25. Wechsler D. Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised. New York, Psychological Corporation, 1981.
26. Heaton RK, Chelune GJ, Talley JL, Kay GG, Curtiss CG. Wisconsin card sorting test manual: Revised and expanded. Florida, Psychological Assessment Resources 1993; 62-230.
27. Karakaş S, Eski R, Başar E. Türk kültürü için standardizasyonu yapılmış nöropsikolojik testler topluluğu: BİLNOT Bataryası. 32. Ulusal Nöroloji Kongresi Bildiri Kitabı 1996;43-70.
28. Stroop JR. The basis of ligons theory. *Am J Psychol* 1935; 47:499-504.
29. Karakaş S, Erdoğan E, Sak L, Soysal AŞ, Ulusoy T, Ulusoy İY, Alkan S. Stroop Testi TBAG Formu: Türk Kültürüne Standardizasyon Çalışmaları, Güvenirlilik ve Geçerlik. *Klinik Psikiyatri* 1999; 2:75-88.
30. Reitan RM. Validity of the Trail Making Test as an indicator of organic brain damage. *Percept Mot Skills* 1958; 8:271-276.
31. Cangöz B, Karakoç E, Selekler K. İz Sürme Testi'nin Türk yetişkin ve yaşlı örneklemleri üzerindeki standardizasyon çalışması. *Türk Geriatri Dergisi* 2007; 10:73-82.
32. Wechsler D. The Wechsler Memory Scale - Revised (Psychological corporation). New York, Harcourt Brace Jovanovich, 1987.
33. Lezak MD. Neuropsychological assessment. New York, Oxford University Press, 1995.
34. 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's Syndrome or high functioning autism. *J Child Psychol Psychiatry* 2001; 42:241-251.
35. Corcoran R, Mercer G, Frith CD. Schizophrenia, symptoma-

tology and social inference: investigating “theory of mind” in people with schizophrenia. *Schizophr Res* 1995; 17:5-13.

36. Sakarya A. Remisyonda Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Hastalarında Zihin Kuramı Bozukluklarının İlgörü ve Diğer Bilişsel İşlevlerle İlişkisi. Ankara Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2012.

37. Baron-Cohen S, O’Riordan M, Stone V, Jones R, Plaisted K. Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *J Autism Dev Disord* 1999; 29:407-418.

38. Sabbagh MA. Understanding orbitofrontal contributions to theory-of-mind reasoning: implications for autism. *Brain Cogn* 2004; 55:209-19.

39. Gibson CM, Penn DL, Prinstein MJ, Perkins DO, Belger A. Social skill and social cognition in adolescents at genetic risk for psychosis. *Schizophr Res* 2010; 122:179-84.

40. Bora E, Vahip S, Gönül AS, Akdeniz F, Alkan M, Ögüt M, Eryavuz A. Evidence for theory of mind deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112:110-6.

41. Donohoe G, Duignan A, Hargreaves A, Morris DW, Rose E, Robertson D, Cummings E, Moore S, Gill M, Corvin A. Social cognition in bipolar disorder versus schizophrenia: comparability in mental state decoding deficits. *Bipolar Disord* 2012; 14:743-8.

42. Lahera G, Ruiz-Murugarren S, Iglesias P, Ruiz-Bennasar C, Herrería E, Montes JM, Fernandez-Liria A. Social cognition and global functioning in bipolar disorder. *J Nerv Ment Dis* 2012; 200:135-41.

43. Caletti E, Paoli RA, Fiorentini A, Cigliobianco M, Zugno E, Serati M, Orsenigo G, Grillo P, Zago S, Caldiroli A, Prunas C, Giusti F, Consonni D, Altamura AC. Neuropsychology, social cognition and global functioning among bipolar, schizophrenic patients and healthy controls: preliminary data. *Front Hum Neurosci* 2013; 7:661.

44. Marjoram D, Gardner C, Burns J, Miller P, Lawrie SM, Johnstone EC. Symptomatology and social inference: a theory of mind study of schizophrenia and psychotic affective disorder. *Cogn Neuropsychiatry* 2005; 10:347-59.

45. Simon M, Varga E, Hajnal A, Schnell Z, Tényi T, Fekete S, Herold R. Theory of mind deficits in euthymic patients with bipolar I disorder. Theoretical background and guide-lines for neuroimaging research. *Psychiatr Hung*. 2011;26:178-87.

46. Çardak GT. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Çocuklarında Yürütücü İşlevler ve Zihin Kuramı. Pamukkale Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi. 2012.

47. Kerr N, Dunbar RI, Bentall RP. Theory of mind deficits in bipolar affective disorder. *J Affect Disord* 2003; 73:253-9.

48. Barrera A, Vázquez G, Tannenhaus L, Lolich M, Herbst L. Theory of mind and functionality in bipolar patients with symptomatic remission. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2013;6:67-74.

49. McKinnon MC, Cusi AM, Macqueen GM. Impaired theory of mind performance in patients with recurrent bipolar disorder: Moderating effect of cognitive load. *Psychiatry Res* 2010; 177:261-2.

50. Montag C, Ehrlich A, Neuhaus K, Dziobek I, Heekeren HR, Heinz A, Gallinat J. Theory of mind impairments in euthymic bipolar patients. *J Affect Disord* 2010; 123:264-9.

51. Martinez-Aran A, Vieta E, Colom F, Torrent C, Sanchez-Moreno J, Reinares M, Bena-barre A, Goikolea JM, Brugue E,

Daban C, Salamero M. Cognitive impairment in euthymic bipolar patients: implications for clinical and functional outcome. *Bipolar Disord* 2004; 6:224-232.

52. Kolar US, Reddy YC, John JP, Kandavel T, Jain S. Sustained attention and executive functions in euthymic young people with bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2006; 189:453-8.

53. Frangou S, Donaldson S, Hadjulis M, Landau S, Goldstein LH. The Maudsley Bipolar Disorder Project: executive dysfunction in bipolar disorder I and its clinical correlates. *Biol Psychiatry* 2005; 58:859-64.

54. Bora E, Vahip S, Akdeniz F, Ilerisoy H, Aldemir E, Alkan M. Executive and verbal working memory dysfunction in first-degree relatives of patients with bipolar disorder. *Psychiatry Res* 2008; 161:318-24.

55. Kulkarni S, Jain S, Janardhan Reddy YC, Kumar KJ, Kandavel T. Impairment of verbal learning and memory and executive function in unaffected siblings of probands with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2010; 12:647-56.

56. Szöke A, Schürhoff F, Golmard JL, Alter C, Roy I, Méary A, Etain B, Bellivier F, Le-boyer M. Familial resemblance for executive functions in families of schizophrenic and bipolar patients. *Psychiatry Res* 2006;144:131-8.

57. Torrent C, Martínez-Arán A, Daban C, Sánchez-Moreno J, Comes M, Goikolea JM, Salamero M, Vieta E. Cognitive impairment in bipolar II disorder. *Br J Psychiatry* 2006;189:254-59.

58. Ferrier IN, Chowdhury R, Thompson JM, Watson S, Young AH. Neurocognitive function in unaffected first-degree relatives of patients with bipolar disorder: a preliminary report. *Bipolar Disord* 2004; 6:319-22.

59. Frangou S, Haldane M, Roddy D, Kumari V. Evidence for deficit in tasks of ventral, but not dorsal, prefrontal executive function as an endophenotypic marker for bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2005; 58:838-39.

60. Martínez-Arán A, Vieta E, Reinares M, Colom F, Torrent C, Sánchez-Moreno J, Bena-barre A, Goikolea JM, Comes M, Salamero M. Cognitive function across manic or hypomanic, depressed, and euthymic states in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2004; 161:262-270.

61. Bora E, Vahip S, Akdeniz F, Gönül AS, Eryavuz A, Ögüt M, Alkan M. The effect of previous psychotic mood episodes on cognitive impairment in euthymic bipolar patients. *Bipolar Disord* 2007; 9:468-77.

62. Levy B, Weiss RD. Neurocognitive impairment and psychosis in bipolar disorder during early remission from an acute episode of mood disturbance. *J Clin Psychiatry* 2010; 71:201-6.

63. Selva G, Salazar J, Balanzá-Martínez V, Martínez-Arán A, Rubio C, Daban C, Sánchez-Moreno J, Vieta E, Tabares Seisdedos R. Bipolar I patients with and without a history of psychotic symptoms: do they differ in their cognitive functioning? *J Psychiatr Res*. 2007;41:265-72.

64. Zubieta JK, Hoguelet P, O’Neil RL. Cognitive function in euthymic bipolar I disorder. *Psychiatry Res* 2001; 102:9-20.

65. Aboulafia-Brakha T, Christe B, Martory MD, Annoni JM. Theory of mind tasks and executive functions: a systematic review of group studies in neurology. *J Neuropsychol* 2011; 5:39-55.

66. Ragsdale G, Foley RA. A Maternal Influence on Reading the Mind in the Eyes Mediated by Executive Function: Differential Parental Influences on Full and HalfSiblings. *PLoSOne* 2011; 6

Tedavi almamış major depresyon hastalarında erken dönemde bilişsel işlevler

Cognitive functions in the early period in non-treated major depression patients

Seda Salık¹, Soner Çakmak², Şükrü Uğuz³

¹Psk., ³Prof. Dr., Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji A.D., Adana, Türkiye <https://orcid.org/0000-0001-9053-5241>
<https://orcid.org/0000-0001-7940-2165>

²Dr. Öğr. Üyesi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D., Adana, Türkiye <https://orcid.org/0000-0003-4212-7096>

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada yeni tanı almış Major Depresif Bozukluk (MDB) hastalarında bilişsel bozulmanın erken dönemdeki düzeyinin sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılarak belirlenmesi amaçlanmıştır. Depresyon tanısı alan kişilerin bilişsel işlevlerinden özellikle dikkat, psikomotor hız ve yürütücü işlevlerde gelişebilecek bozukluk düzeyinin tespit edilmesinin tedavi programlarının geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmüştür. **Yöntem:** Araştırmaya Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Psikiyatri polikliniğine başvuran tedavi almamış MDB tanısı alan 60 hasta ile cinsiyet ve yaş bakımından benzer olan depresyon tanısı almamış 30 kişiden oluşan kontrol grubu dahil edilmiştir. Daha önce psikiyatrik bir hastalık tanısı ile tedavi görmüş olan, son 6 aylık süre içerisinde ilaç veya psikoterapi öyküsü olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Araştırmada, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve İz Sürme Testi (İST) ölçme araçları olarak kullanılmıştır. **Bulgular:** Çalışmada tedavi almamış MDB hastalarında erken dönemde bilişsel işlevlerde bozulmanın sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlenmiştir. İST puanlarında hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,005$). Depresyonun klinik şiddeti ile bilişsel bozulma düzeyi arasında pozitif ve doğrusal bir ilişki olduğu sonucu elde edilmiştir (A+B Süre; $r=0,52$, $p<0,01$). **Sonuç:** Erken dönemde MDB hastalarında bilişsel bozulma göz önünde bulundurulmalı ve bilişsel bozulmayı hedef alan tedavilere yer verilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Major depresyon, erken dönem, yürütücü işlevler, dikkat, psikomotor hız

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2019;22:408-415)

DOI: 10.5505/kpd.2019.55706

SUMMARY

Objective: In this study, we aimed to determine the early stage of cognitive impairment in newly diagnosed Major Depressive Disorder (MDD) patients by comparing them with the healthy control group. The cognitive functions of the people diagnosed with depression, especially attention, psychomotor speed and executive functions that may occur in the determination of the level of impairment was thought to contribute to the development of treatment programs. **Method:** The study group consisted of 60 patients with untreated MDD who were admitted to the psychiatry outpatient clinic at Adana Mental Health and Diseases Hospital and a control group consisting of 30 people who were not diagnosed with depression similar to age and gender. Patients who had previously been treated with a psychiatric diagnosis and who had a history of drug or psychotherapy during the last 6 months were excluded from the study. Beck Depression Inventory (BDI) and Trail Making Test (TMT) were used as measuring instruments. **Results:** In the study, it was determined that the deterioration in cognitive functions was significantly higher in the untreated MDD patients than in the healthy control group. TMT scores were significantly different between the patient and the control group ($p<0.005$). A positive and linear relationship between the clinical severity of depression and the level of cognitive impairment was obtained (A+B time; $r=0.52$, $p<0.01$). **Discussion:** In the early period, cognitive impairment should be considered in patients with MDD and treatments aimed at cognitive impairment should be included.

Keywords: Major depression, early period, executive functions, attention, psychomotor speed

GİRİŞ

Major Depresif Bozukluk (MDB) en sık görülen ruhsal hastalıklardan ve dünya genelinde maluliyetin en önemli nedenlerinden biridir (1). Sıkça üzerinde durulan önemli bir konu MDB'nin bilişsel işlevler ile ilişkisidir. Bilişsel disfonksiyon MDB tanısı için temel kriterlerden biridir ve depresif hastalar psikomotor hız, dikkat, bellek, yürütücü işlevler ve emosyon-bağımlı bilişsel işleme dahil bütün bilişsel alanlarda kusurlar göstermektedir (2).

MDB'deki bilişsel kusurlar ve bunların psikososyal işlevsellik üzerindeki etkilerini araştıran az sayıda çalışma bulunmaktadır (3). MDB'da görülen bilişsel sorunlar sıcak ve soğuk bilişsel belirtiler olarak kategorize edilmektedir. Sıcak bilişsel belirtiler, olumsuz olaylara karşı abartılı tepkiler gibi emosyonel bilişsel durumları ifade ederken, soğuk bilişsel belirtiler, yürütücü işlevleri, dikkat, öğrenme, bellek ve işlem hızındaki kusurları tanımlamaktadır (4). Son on yıldaki çeşitli çalışmalar, depresyonun akut evresinde bilişsel işlev bozukluğuna ilişkin kanıtlar sunmuştur. McClintock ve ark. bilişsel sorunların, majör depresif dönemler sonrası remisyon döneminde de kalıcı belirtiler olarak kalabileceğini ileri sürmektedir (5). Nilsson bilişsel kusurları, MDB'nin köklü bir özelliği olarak tanımlamıştır (6). Nörobilişsel işlevleri değerlendiren yakın zamanda yapılan uzunlamasına çalışmalar, hafıza, dikkat süreci ve yürütme fonksiyonu gibi bilişsel işlevlerin, majör depresif bir dönemin akut evresinde bozulduğunu ve depresif belirtilerin hafifletilmesine rağmen devam edebildiğini göstermektedir (7).

Bilişsel işlevler ağırlıklı olarak beyinde frontal lob ve prefrontal korteks işlevleri ile ilişkili olup, dikkat, algı, bellek gibi temel fonksiyonlarla bağlantı kurar (8). Bilişsel işlevlerden; yürütme fonksiyonu, çalışma belleği, episodik hafıza, dikkat ve psikomotor işlem hızı alanları genellikle depresyonlu kişilerde etkilenmektedir (6,9).

Nöropsikolojik bir kavram olan yürütücü işlevler, bir hedefe ulaşmak için uygun problem çözme sisteminin oluşturulması ve daha sonraki hedef için sistemin sürdürülmesi olarak açıklanabilir.

Yürütücü işlevleri gerçekleştiren beyin bölgesi olan prefrontal korteksin MDB ile ilişkili bölgelerden biri olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (10).

Bellek, birkaç farklı işlemi içeren karmaşık bir kavramdır ve belleğin bilişsel alanı MDB ile yakından ilgilidir. Bellek bozukluğu MDB'nin akut evresinde sıklıkla bildirilmekle birlikte, bu bozukluğun ardındaki nitelik ve mekanizmalar net değildir (11). Dikkat, diğer bilişsel alanlarla, özellikle psikomotor hız ve yürütücü işlevler ile yakından ilişkilidir. Dikkat ile ilgili görevlerde bozulma sıklıkla MDB'nin akut evresinde bildirilmektedir (11). Hasler ve ark'a göre, dikkat eksikliği MDB'nin bir endofenotipi olarak düşünülebilir ve bu nedenle potansiyel olarak stabil kalabilir ve klinik remisyon sonrasında dahi fonksiyonel iyileşme şansını azaltabilir (12). Yeni çalışmalar, MDB tanılı hastaların dikkatle ilgili çeşitli görevlerde açıklar göstermesine karşın, dikkatin farklı yönlerini araştıran bazı çalışmalar MDB tanılı hastalarda bu alanı kusurlu görmemektedir (11).

Özetle, son on yılda çeşitli çalışmalar, depresyonun akut evresinde yürütücü işlev, bellek ve dikkat bozukluğuna ilişkin kesin kanıtlar sunmuştur; ancak bu bozulmaya katkıda bulunan faktörlerle ilgili yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu araştırmanın amacı, yeni depresyon tanısı almış ve herhangi bir tedavi sürecinden geçmemiş hastaların bilişsel işlevlerinde bozulmanın olup olmadığını incelemektir. Çalışma sonuçlarının MDB tanısı alan hastalarda dikkat, psikomotor hız ve yürütücü işlevlerde gelişebilecek bozukluk düzeyinin tespiti ile bilişsel bozulmanın önemi ve depresyon tedavi süreçlerinde bilişsel alana yönelik yeni tedavi programlarının geliştirilmesinin gerekliliği konusunda fikir sağlayacağı düşünülmüştür.

YÖNTEM

Çalışmaya; Adana Dr. Ekrem Tok Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Mayıs 2017- Temmuz 2017 tarihleri arasında başvuran, DSM-5 ölçütlerine göre MDB tanısı alan, ilk atak olarak değerlendirilen, araştırmaya

katılmak isteyen, 20-49 yaş aralığında, eğitim süresi en az 5 yıl olan hastalar dahil edilmiştir. Daha önce psikiyatrik bir hastalık tanısı almış ve tedavi görmüş veya yaşam öyküsünde klinik açıdan değerlendirmeyi gerektirecek düzeyde psikiyatrik yakınması olmuş olan ve son 6 aylık süre içerisinde ilaç veya psikoterapi öyküsü olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Eş psikiyatrik hastalık tanısı olan, nörolojik bozukluğu, zeka geriliği, ciddi tıbbi hastalığı olan hastalar çalışmaya alınmamıştır.

Çalışmaya 44 kadın 16 erkek toplam 60 MDB tanılı hasta alınmıştır. Kontrol grubu ise yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi bakımından benzer özellikler gösteren basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile seçilen depresyon tanısı almayan 17 kadın, 13 erkek toplam 30 sağlıklı gönüllüden oluşmaktadır. Klinik görüşme uzman psikiyatrist tarafından yapılmış, hastaneye yeni başvuran DSM-5 ölçütlerine göre MDB tanısı alan hastalara Kişisel Bilgi Formu, BDÖ ve İST uygulanmıştır. BDÖ tanısız amaçlı kullanılmamış olup depresyon şiddetinin düzeyini öz bildirim ile derecelendirmek amacıyla kullanılmıştır. Ölçekler yaklaşık olarak her bir katılımcıya ortalama 30 dakikada uygulanmıştır. Depresyon tanısı almayan sağlıklı kontrol grubu, basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile seçilen kişilerden oluşturulmuştur. Uygulamaya başlamadan önce, katılımcılara çalışmanın amacı anlatılmış, bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır. Çalışma 14.04.2017 tarihle 32 nolu yazı ile Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca onaylanmıştır. Araştırma veri toplama, gönüllülük ve gizlilik ilkelerine sadık kalınarak gerçekleştirilmiştir.

MDB olan hastaların testlerden aldığı sonuçlar, sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Ayrıca MDB olan hastalarda yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik özelliklerinin bilişsel işlevlerde bozulma şiddetine olan etkisi araştırılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik bilgilerin yer aldığı anket formudur. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu maddeleri anketteki değişkenler olarak belirlenmiştir.

Beck Depresyon Ölçeği: 1961’de Beck ve arkadaşları tarafından literatüre kazandırılan, depresyon ölçeği olarak uygulanan, Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılan bir ölçektir (13). Bu ölçek, yetişkin bireylerde depresyon belirtilerini, şiddetini ve riskini tespit eder. 4’lü likert tipi bir ölçek olup 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten en fazla 63 puan toplanır. Ölçeğin değerlendirilmesinde; 10 puan ve üzeri değerler klinik olarak değerlendirmeyi gerektirecek depresyon belirtilerini işaret etmekte ve 10-16 puan hafif, 17-29 puan orta ve 30- 63 şiddetli depresyon olarak yorumlanmaktadır.

İz Sürme Testi (İST): Amerika Birleşik Devletleri Ordusu’nda çalışan psikologlar tarafından geliştirilmiştir. İST’nin 20-49 yaş aralığında Türkiye için norm belirleme çalışması, Türkes ve ark. tarafından yapılmış olup test-tekrar test güvenilirlik katsayısı 0,71-0,87 aralığındadır (14). İST görsel-motor kavramsal tarama, motor hız, planlama, sayısal bilgi, soyut düşünme, uyarıcının fiziksel özellikleri tarafından yaratılan tepki eğiliminin ketlenmesi, set değiştirme, konsantrasyon ve engellenmeye karşı toleransı gerektiren bir testtir (8,14). Dikkat hızı, motor hız, mental esneklik ve görsel tarama değerlendirilir. İST, A ve B olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Her iki bölümde de uyarıcı maddeler dağınık olarak bulunmaktadır. Birinci bölüm olan A Bölümü’nde uyarıcı madde olarak 1’den 25’e kadar rakamlar bulunmakta, katılımcının görevi rakamların bulunduğu daireleri doğru sırada ve birbirini izler şekilde elini kaldırmadan düz çizgiler çizerek birleştirmektir. Bu bölüm bilişsel işlevlerden daha çok dikkat ve motor hızı değerlendirmektedir (15). İkinci bölüm olan B Bölümü daireler içerisine yerleştirilmiş olan harf ve rakamlardan oluşmaktadır. Katılımcının görevi; harf ve rakamları birbirini izler ve doğru dizilimde bir harf bir sayı olacak şekilde elini kaldırmadan düz çizgiler çizerek birleştirmektir. Özellikle B bölümü yürütücü işlevlerin değerlendirildiği bölümdür (15). Çalışmada İST’nin A ve B bölümü için özgün formlar kullanılmıştır. B bölümünde testin aslından farklı olarak, Türkçe alfabe esas alınarak “Ç”, “Ğ” ve “İ” harfleri eklenmiştir (16). Testin tamamlanma süresinde sınırlama yapılmamakla birlikte, tamamlama süresi her iki bölüm için kronometre ile hesaplanmaktadır. Test uygulaması ile bölüm A tamamlama süresi (A

süre), bölüm B tamamlama süresi (B Süre), bölüm B tamamlama süresinden bölüm A tamamlama süresinin çıkarılmasıyla elde edilen süre fark puanı (B-A), bölüm A ve B tamamlama süre puanlarının toplamı (A+B), bölüm B tamamlama süresinin bölüm A tamamlama süresine bölünmesiyle elde süre oranı (B/A) değerleri hesaplanmaktadır. İST tamamlama süresi puanları ve türevleri saniye cinsinden hesaplanmaktadır.

İstatistiksel Analiz

Çalışmanın tüm verileri SPSS-21 paket programına yüklenerek analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama, standart sapma ve yüzdelik dilimler kullanılmıştır. İz Sürme Testinin A süre, B süre, B-A, A+B ve B/A puanlarının normal dağılıma uygun olup olmadığının belirlenmesi amacıyla normallik testi uygulanmış, sürekli değişkenlerin normal dağılım parametrelerini karşılayıp karşılamadığı Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Veriler normal dağılım gösterdiğinde parametrik testlerden faydalanılmıştır. MDB hastalarının İST puanlarının kontrol grubu ile karşılaştırmalarında ve vaka grubu İST puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre farklılaşma durumunun analizinde hipotez testleri kullanılmıştır. İki bağımsız değişken olduğunda bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla değişken olduğunda anova testi kullanılmıştır. MDB hastalarında İST puanları ile BDÖ puanları arasındaki ilişkiyi araştırmak için pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Yapılan tüm analizlerde anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

Özellikler	Vaka grubu		Kontrol grubu	
	n	%	n	%
Yaş Aralığı				
20-29	22	36,7	7	23,3
30-39	22	36,7	15	50
40-49	16	26,7	8	26,7
Cinsiyet				
Erkek	16	26,7	13	43,3
Kadın	44	73,3	17	56,7
Medeni Durum				
Evli	40	66,7	17	56,7
Bekar	20	33,3	13	43,3
Eğitim Yılı				
5-11 yıl	47	78,3	13	43,3
12 yıl ve üzeri	13	21,7	17	56,7

n: Katılımcı sayısı

BULGULAR

Araştırmanın katılımcıları 20-49 yaş aralığındadır. Katılımcıların yaş ortalaması $34,26 \pm 8,1$ olup, vaka grubundaki katılımcıların yaş ortalaması $33,6 \pm 8,5$, kontrol grubundaki katılımcıların yaş ortalaması $35,6 \pm 7,19$ olarak belirlenmiştir. Katılımcılara uygulanan Beck Depresyon Ölçeği'nden alınan puanların ortalama değerleri vaka grubunda $28,06 \pm 9,9$, kontrol grubunda $8,26 \pm 3,58$ olarak ölçülmüştür. Vaka ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Vaka ve kontrol gruplarının İST skorlarına göre normal dağılıma uygun olup olmadığının belirlenmesi amacıyla normallik testi yapılmış ve İz Sürme Testinin A süre, B süre, B-A, A+B ve B/A puanlarının normal dağılıma uygun olduğu ($p > 0,05$) belirlenmiştir.

A ve B sürelerinin vaka ve kontrol grubu arasındaki farkının anlamlı olup olmadığının anlaşılması için t testi uygulanmış (Tablo 2); A süresinde ($t(90) = -5,15$; $p = 0,001$) ve B süresinde ($t(90) = -8,28$; $p < 0,001$) gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Her iki grubun toplam (A+B) ve fark (B-A) puanları için yapılan t testi analizi sonucunda da A+B ($t(90) = -7,64$; $p < 0,001$) ve B-A ($t(90) = -7,46$; $p < 0,001$) fark anlamlıdır. B/A puanları açısından da gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($t(90) = -4,26$; $p < 0,001$). A, B ve A+B sürelerinin kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunması, bilişsel bozulmanın (dikkat, motor hız, yürütücü işlevler) MDB tanımlı hastalarda erken dönemde var olduğunu

Tablo 2. İST Puanlarının Vaka ve Kontrol Gruplarına Göre T-Testi Sonuçları

Skorlar	Gruplar	n	Ort.	Ss	Sd	t	p
A Süre	Vaka	60	57,15	20,37	85,49	-5,15	0,001*
	Kontrol	30	41,51	8,29			
B Süre	Vaka	60	97,95	34,52	82,28	-8,28	0,000*
	Kontrol	30	56,49	12,42			
A+B	Vaka	60	155,10	51,22	83,19	-7,64	0,000*
	Kontrol	30	98	19,04			
B-A	Vaka	60	42,13	24,03	82,66	-7,46	0,000*
	Kontrol	30	14,98	9,13			
B/A	Vaka	60	1,76	0,48	88	-4,26	0,000*
	Kontrol	30	1,37	0,23			

*p<0,05, n:katılımcı sayısı, Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma, İST: İz sürme testi

göstermiştir (Tablo 2).

Tablo 3’de vaka grubunda Beck Depresyon Ölçeği puanları ile İz Sürme Testi puanları arasındaki korelasyona bakılmıştır. Beck Depresyon Ölçeği ile İz Sürme Testinin A süre (r=0,42; p<0,01), B süre (r=0,52; p<0,01), B-A (r=0,46; p<0,01), A+B (r=0,52; p<0,01) ve B/A (r=0,29; p<0,01) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Beck depresyon puanı arttıkça İz Sürme Testi A süre, B süre, B-A, A+B ve B/A puanları artmaktadır (Tablo 3).

Vaka grubunda A süre, B süre, B-A, A+B ve B/A puanlarının cinsiyete göre farklılığının anlamlılığı belirlemek için bağımsız gruplar için t-testi yapılmıştır. İz sürme testi alt puanlarının cinsiyet açısından karşılaştırılmasında puan ortalamaları bakımından gruplar arası anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05). Vaka grubu katılımcılarının 20-29, 30-39, 40-49 olmak üzere üç yaş grubunda İST A süre, B süre, B-A, A+B ve B/A puan ortalamalarına göre farklılaşma durumunu saptamak amacıyla tek yönlü varyans analizi yapılmış ve hiçbir puan türünde yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmemiştir (p>0,05).

İST puanlarının eğitim sürelerine göre karşılaştırılmasında ise eğitim süresi 5-11 yıl olan

katılımcıların, eğitim süresi 12 yıl ve üzeri olan katılımcılara göre A süre puanı (t(60)=3,01; p<0,001), B süre puanı (t(60)=3,65; p=0,006), A+B puanı (t(60)=4,32; p=0,003), B-A puanı (t(60)=1,63; p=0,017) yüksek bulunmuş ve gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür. Eğitim gruplarının B/A puanları arasındaki farklılık ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (t(60) =-0,31, p>0,05) (Tablo 4).

TARTIŞMA

Bu araştırmada, MDB tanısı alan bireylerin bilişsel işlevleri hastalığın erken döneminde sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırmış ve depresyon puanlarının yüksekliği ile bilişsel bozulma düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Tedavi almamış depresyonu olan bireylerde bilişsel işlevlerin erken dönemde ne düzeyde bozulduğunu araştırmak bu çalışmanın odağını oluşturmaktadır. Vaka grubundaki depresyon puanı yüksek olan katılımcıların yürütücü işlevler, dikkat ve bellek alanlarındaki performansının, kontrol grubunda bulunan sağlıklı katılımcılara göre daha düşük olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmada İz Sürme Testi’nden elde edilen veriler değerlendirilmiş, vaka grubunun iz sürme testi A ve B bölümlerini sağlıklı kontrollere göre daha uzun sürede tamamladıkları belirlenmiştir.

Tablo 3. Vaka grubunda İST ve BDÖ puanları arasındaki korelasyon analizi

	1	2	3	4	5	6
BDÖ	r	1	0,42**	0,52**	0,46**	0,52**
A Süre	r	-	1	0,77**	0,47**	0,89**
B Süre	r	-	-	1	0,85**	0,76**
B-A	r	-	-	-	1	0,73**
A+B	r	-	-	-	-	1
B/A	r	-	-	-	-	-

*p<0,05 (Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlı), **p<0,01 (Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlı), İST: İz Sürme Testi, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

Tablo 4. Vaka grubunda İST puanlarının eğitim süresi gruplarına göre t-Testi sonuçları

Skorlar	Gruplar	n	Ort.	Ss	Sd	t	p
A Süre	5-11 yıl	47	61.06	20.66	36.43	3.01	0.000*
	12 ve üzeri	13	42.99	11.27			
B Süre	5-11 yıl	47	104.21	34.93	58	3.65	0.006*
	12 ve üzeri	13	75.31	21.76			
A+B	5-11 yıl	47	165.28	51.68	58	4.32	0.003*
	12 ve üzeri	13	118.3	28.13			
B-A	5-11 yıl	47	44.87	28.13	22.70	1.63	0.017*
	12 ve üzeri	13	32.22	20.05			
B/A	5-11 yıl	47	1.75	0.45	15.98	-0.31	0.711
	12 ve üzeri	13	1.81	0.59			

*p<0,05, n:katılımcı sayısı, Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma, İST: İz Sürme Testi

Depresyondaki hastaların bilişsel işlevlerinde çeşitli alanlarda bozukluklar olduğunu gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır. MDB’de görülen yürütücü işlev kusurlarının prefrontal korteks anormalliklerinin bir sonucu olabileceği ileri sürülmektedir (17,18). Yürütücü işlevlerin üç-bileşen modeline göre çalışma belleğinde depolanan yeni bilginin güncellenmesi, dikkati kaydırma ve ilgisiz yanıtların inhibisyonu yürütücü işlevlerin üç önemli özelliğidir (19,20). Bu yürütücü işlev birimlerindeki bozukluklar bireyin olumsuz uyaran maruziyeti sonrası çalışma belleği iş alanını güncelleyememesi, dikkatin olumsuz uyarılardan farklı yöne kaydırılamaması ve olumsuz yanıtları engelleyememesine neden olmaktadır (21). Hipokampusta küçülme ve anterior singulat korteksin aşırı aktivitesi de yürütücü işlev, dikkat, öğrenme, bellek ve işlem hızıyla ilişkili bulunmuştur. Frontal lob, amigdala ve hipokampustaki yapısal değişiklikler deklaratif bellekle ilişkili bulunmuş ve hipokampal işlevlerdeki bozulmalar major depresif atak başlangıcı öncesi epizodik bellekteki gerileme ile ilişkilendirilmiştir (2,22,23). Strese yanıt olarak anterior singulat korteks aracılığı ile amigdala da görülen aktivasyon artışı dorsolateral prefrontal korteks alanlarında azalmış aktiviteye neden olarak, dikkatin azalması ve olumsuz affekte neden olmakla birlikte soğuk bilişle ilgili becerileri de (yürütücü işlevleri) inhibe ettiği ileri sürülmektedir (4). Bu çalışmada MDB tanılı hastaların testi tamamlama sürelerindeki kontrol grubuna göre anlamlı uzama, depresyon hastalarında akut dönemde bilişsel işlevlerin bozulduğu şeklinde literatürü desteklemektedir (24).

Ayrıca BDÖ ve İST puanları arasında yapılan korelasyon analizi de iki değişken arasında pozitif yönde ilişki olduğunu göstermektedir. BDÖ’den

alınan depresyon puanı arttıkça İST A süre, B süre, B-A, A+B ve B/A puanları da artmaktadır. Yani depresyon başlangıcında olduğu öne sürülen bilişsel bozulma depresyon şiddeti arttıkça da ilerlemektedir.

Bu çalışmanın bir diğer sonucu da MDB hastalarında kontrol grubuna göre B süresindeki uzamanın, A süresindeki uzamadan daha fazla oluşudur. Ayrıca B-A ve B/A puanları arasındaki farkın anlamlılığının, A puanları arasındaki farka göre daha yüksek anlamlılık düzeyine sahip olması yürütücü işlevlerde bozulmanın dikkat ve motor hıza göre MDB olan hastalarda daha yüksek düzeyde olduğunu düşündürmüştür. Bu sonuç bu hastalarda uyarıcı setleri arasında kurulumu değiştirebilme ve ardışıklığı takip edebilme şeklinde üst düzey yürütücü işlevlerin, görsel tarama yeteneğine dayalı işleme hızından daha fazla etkilendiğini göstermektedir.

Çalışmada yaş değişkeninin MDB tanısı alan hastalarda İST A ve B bölümü tamamlama sürelerine etkisi anlamlı bulunmamıştır. İST puanlarında yaşa bağlı olarak ortaya çıkan değişimin 50 yaş üstü bireylerde olduğu ileri sürülmektedir (14,25). Cangöz ve ark. İST’nin 50 yaş ve üzeri Türk yetişkin ve yaşlı örneklemini için standardizasyon çalışmasında İST süre puanlarının 50 yaş üstü gruplarda yaş arttıkça anlamlı farklılığın oluştuğunu göstermişlerdir (16). Bu çalışmadaki bulgulara göre, İST A ve B bölümlerini tamamlama süresi ve alt test puanları MDB tanısı olan 20-49 yaş aralığındaki hastalarda yaşa bağlı anlamlı bir değişiklik göstermemiştir.

Çalışmada MDB hastalarında İST A ve B bölümlerini tamamlama süresi cinsiyetler arasında da

anlamli farklılık göstermemiştir. İST süre puanlarının cinsiyete göre farklılaşmadığını ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Türkes ve ark. İST süre ve süreye dayalı türetilmiş alt test puanlarının cinsiyete göre değişmediğini ortaya koymuştur (14). Diğer taraftan A bölümü süre ya da B bölümü süre puanlarının cinsiyete göre farklılaştığını bulan sınırlı sayıda araştırma da bulunmaktadır (26,27).

Bu çalışmada depresyon tanısı alan hastaların 44'ü (%73,3) kadın, 16'sı (%26,7) erkektir. Nilsson'nın çalışmasında vaka grubu depresyon hastaları 30, kontrol grubu sağlıklı bireyler 34 kişidir (6). Karabekiroğlu ve ark. çalışmasında vaka grubu 33 kişi, kontrol grubu 33 kişiden oluşmaktadır (28). Çalışmadaki elde edilen bulgular bu çalışmalarla benzerdir.

Bu çalışmada eğitim düzeyinin MDB tanısı alan hastaların İST puanlarında anlamlı bir farklılık oluşturduğu belirlenmiştir. B/A puanı haricinde A ve B bölümü tamamlama süresi ve alt test puanları (A+B, B-A) eğitim düzeyine göre anlamlı değişme göstermiştir. On iki yıl ve üstü eğitim almış katılımcıların A ve B bölümü tamamlama süresi ve türetilmiş alt test puanları, 6-11 yıl eğitim almış olanlara göre daha düşük bulunmuştur.

Düşük eğitim düzeyinde olan bireylerle karşılaştırıldığında yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin A ve B bölümlerini daha kısa sürede tamamlamaları beklenen bir sonuçtur. Eğitim düzeyi yükseldikçe İST A ve İST B tamamlama süresi azalmaktadır (29). Eğitim düzeyi düşük MDB tanısı alan hastalarda uyarıcı setler arasında kurulumu değiştirebilme ve ardışıklığı takip edebilme görevlerini değerlendiren B süresindeki uzamanın, görsel tarama yeteneğine bağlı işleme hızını değerlendiren A süresindeki uzamaya göre daha fazla olduğu görülmektedir. Bu sonuç aynı zamanda çalışmada elde edilen B-A puanındaki eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık ile de desteklenmiştir. Bir diğer ifade ile eğitim düzeyi düşük MDB tanılı hastalarda üst düzey yürütücü işlevler daha fazla etkilenmektedir.

Bu çalışmanın tek merkezli olması ve bu nedenle evreni temsil etmemesi çalışmanın sınırlılığıdır. Depresyon düzeyini ölçen birçok ölçek

bulunmaktadır; ancak bu çalışmada elde edilen depresyon düzeyi Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile sınırlıdır. Yürütücü işlevleri ve dikkati ölçen birçok ölçek bulunmaktadır; ancak çalışmada hastaların yürütücü işlevleri ve dikkati ile ilgili veriler nesnel bir ölçümleme aracı olan İz Sürme Testi (İST) ile elde edilmiştir.

SONUÇ

Bu çalışmada tedavi almamış MDB tanısı olan hastaların erken dönemde bilişsel işlev düzeylerinin sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir. MDB tanılı hastalarda bilişsel fonksiyonlardaki gerilemenin yaş ve cinsiyet gibi demografik değişkenlerden etkilenmediği ancak hastaların eğitim düzeyi düştükçe özellikle üst düzey yürütücü işlevler olmak üzere, tüm yürütücü işlevlerde bozulmanın arttığı ve tedavi öncesi erken dönemde depresyonun klinik şiddeti ile bilişsel bozulma düzeyi arasında pozitif ve doğrusal bir ilişki olduğu sonucu elde edilmiştir.

MDB ile ilgili önemli bir soru, depresyon döneminde ortaya çıkan bilişsel bozukluğun uzun ömürlü olup olmadığıdır. MDB erken döneminde bilişsel bozukluk birçok çalışmada gösterilmiş olmakla birlikte, bozukluğun uzun vadede nasıl geliştiği bilgisi yetersizdir. Bu nedenle MDB'nin erken evresindeki bilişsel bozukluğun uzun vadede nasıl geliştiği araştırılmalıdır. MDB'de ortaya çıkan bilişsel bozukluğun uzun sürüp sürmediği veya iyileşme döneminde iyileşip iyileşmediği araştırılmalıdır. MDB'de bilişsel bozukluk ayrı bir hastalık boyutuyla ele alınmalı ve MDB'de bilişsel bozukluğu hedef alan tedavilere yer verilmelidir.

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

KAYNAKLAR

1. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJ, Vos T, Whitefor HA. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: Findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Medicine* published 2013; 10. doi: 10.1371/journal.pmed.1001547.
2. McIntyre RS, Cha DS, Soczynska JK, Woldeyohannes HO, Gallagher LA, Kudlow P, Alsuwaidan M, Baskaran A. Cognitive deficits and functional outcomes in major depressive disorder: Determinants, substrates, and treatment interventions. *Depress Anxiety* 2013;30:515-527.
3. Kessler RC, Akiskal HS, Ames M, Birnbaum H, Greenberg P, Hirschfeld RMA, Jin R, Merikangas KR, Wang PS. Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. *Am J Psychiatry* 2006;163:1561-1568.
4. Roiser JP, Sahakian BJ. Hot and cold cognition in depression. *CNS Spectrus* 2013;18:139-149.
5. McClintock SM, Husain MM, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Stewart JW, Trivedi MH, Cook I, Morris D, Warden D, Rush AJ. Residual symptoms in depressed outpatients who respond by 50% but do not remit to antidepressant medication. *J Clin Psychopharmacol* 2011;31:180-186.
6. Nilsson J. The interrelationship between attentional and executive deficits in major depressive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2016; 134:73-82.
7. Gorwood P, Corruble E, Falissard B, Goodwin GM. Toxic effects of depression on brain function: impairment of delayed recall and the cumulative length of depressive disorder in a large sample of depressed outpatients. *Am J Psychiatry* 2008; 165:731-739.
8. Lezak MD. *Neuropsychological Assessment*. (3rd ed.), New York, Oxford University Press, 1995, pp. 381-384.
9. Shilyansky C, Williams LM, Gyurak A, Harris A, Usherwood T, Etkin A. Effect of antidepressant treatment on cognitive impairments associated with depression: a randomised longitudinal study. *Lancet Psychiatry* 2016;3:425-435.
10. Rogers MA, Kasai K, Koji M, Fukuda R, Iwanami A, Nakagome K, Fukuda M, Kato N. Executive and prefrontal dysfunction in unipolar depression: a review of neuropsychological and imaging evidence. *Neurosci Res* 2004;50:1-11.
11. Hammar A, Ardal G. Cognitive functioning in major depression-a summary. *Front Hum Neurosci* 2009; 3:26.
12. Hasler G, Drevets WC, Manji HK, Charney DS. Discovering endophenotypes for major depression. *Neuropsychopharmacology* 2004;29:1765-1781.
13. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi* 1988;6:118-121.
14. Türkes N, Can H, Kurt M, Dikeç BE. İz Sürme Testi'nin 20-49 Yaş Aralığında Türkiye İçin Norm Belirleme Çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 2015; 26:189-196.
15. Harrison J, Lophaven S, Olsen CK. Which cognitive domains are improved by treatment with vortioxetine? American Psychiatric 2014 Association Meeting, New York, 2014. Poster NR6-105.
16. Cangöz B, Karakoç E, Selekler K. İz Sürme Testi'nin 50 yaş üzeri Türk yetişkin ve yaşlı örnekleme için standardizasyon çalışması. *Türk Geriatri Derg* 2007;10:73-82.
17. Barrera AZ, Torres LD, Munoz RF. Prevention of depression: The state of the science at the beginning of the 21st century. *Int Rev Psychiatry* 2007;19:655-670.
18. Zammit S, Allebeck P, David AS, Dalman C, Hemmingsson T, Lundberg I, Lewis G. A longitudinal study of premorbid IQ score and risk of developing schizophrenia, bipolar disorder, severe depression, and other nonaffective psychoses. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:354-360.
19. Friedman NP, Miyake A, Young SE, deFries JC, Corley RP, Hewitt JK. Individual differences in executive functions are almost entirely genetic in origin. *J Exp Psychol Gen* 2008;137: 201-225.
20. Miyake A, Friedman NP, Rettinger DA, Shah P, Hegarty M. How are visuospatial working memory, executive functioning, and spatial abilities related? A latent-variable analysis. *J Exp Psychol Gen* 2001;130:621-640.
21. Ingram RE, Steidtmann DK, Bistricky SL. Information processing: Attention and memory. Edited by Dobson KS, Dozois DJ. *Risk Factors in Depression*. Amsterdam: Academic Press, 2008, pp. 145-170.
22. Campbell S, Marriott M, Nahmias C, MacQueen GM. Lower hippocampal volume in patients suffering from depression: A meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2004;161:598-607.
23. Frodl T, Meisenzahl EM, Zetzsche T, Born C, Groll C, Jager M, Leinsinger G, Bottlender R, Hahn K, Möller HJ. Hippocampal changes in patients with a first episode of major depression. *Am J Psychiatry* 2002;159:1112-1118.
24. Demir B, Göğüş A, Savaşır I. Depresyon Hastalarında Bilişsel İşlevler. *Türk Psikiyatri Derg* 2000;11:179-189.
25. Drane DL, Yuspeh RL, Huthwaite JS, Klingler LK. Demographic characteristics and normative observations for derived trail making indices. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 2002;15:39-43.
26. McCurry SM, Gibbons LE, Umoto JM, Thompson ML, Graves AB, Edland SD, Bowen J, McCormick WC, Larson EB. Neuropsychological test performance in a cognitively intact sample of older Japanese American adults. *Arch Clin Neuropsychol* 2001; 16:447-459.
27. Wiederholt WC, Cahn D, Butters NM, Salmon DP, Kritz-Silverstein D, Barret-Connor E. Effects of age, gender, and education on selected neuropsychological tests in an elderly community cohort. *J Am Geriatr Soc* 1993;41:639-647.
28. Karabekiroğlu A, Topçuoğlu V, Gönentür AG, Karabekiroğlu K. Majör depresyon hastalarında yürütücü işlevlerin değerlendirilmesi, ilk epizod depresyon ve tekrarlayıcı depresyon grupları arasındaki farklılıkların karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Derg* 2010;21:280-288.
29. Perianez JA, Rios-Lago M, Rodriguez-Sanchez JM, Adrover-Roig D, Sanchez-Cubillo I, Crespo-Facorro B, Quemada JI, Barcelo F. Trail making testin traumatic brain injury, schizophrenia, and normal ageing: Sample Comparisons and normative data. *Arch Clin Neuropsychol* 2007;22:433-447.

Multipl skleroz hastalarında çocukluk çağı travmaları ve intihar riski ile ilişkisi

Childhood traumas in patients with multiple sclerosis and its relationship with suicide probability

Selen Işık Ulusoy¹, Bahriye Horasanlı²

¹Uzm. Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Konya Araştırma Hastanesi, Psikiyatri A.D., Konya, Türkiye
https://orcid.org/0000-0003-2550-8989

²Dr. Öğr. Üyesi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Konya Araştırma Hastanesi, Nöroloji A.D., Konya, Türkiye
https://orcid.org/0000-0003-3142-1011

ÖZET

Amaç: Multipl Skleroz (MS) hastalarında intihar olasılığının normal popülasyondan fazla olduğu bilinmektedir. Çocukluk çağı travmalarının ise bir çok psikiyatrik hastalıkta intihar olasılığını arttırdığı gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı MS hastalarındaki intihar olasılığının çocukluk çağı travmaları ile ilişkisini araştırmaktır. **Yöntem:** Çalışmaya 61 MS tanılı hasta dahil edildi. MS'li hastaların fonksiyonel durumları Genişletilmiş Özürüllük Durum Skalası (Expanded Disability Status Scale –EDSS) ile değerlendirildi. Tüm hastalara Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ-28) ve İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) uygulandı. **Bulgular:** Hastalar çocukluk çağı travması olan (CTQ≥35) 26 hasta ve çocukluk çağı travması olmayan (CTQ<35) 35 hasta olarak gruplandırıldı. En sık görülen çocukluk çağı travması duygusal ihmaldi (n=28; %45.90) ve hastaların ortalama EDSS puanı 2.43±1.68'di. Çocukluk çağı travması olanlarda olmayanlara göre ortalama HAD anksiyete alt ölçeği (HAD-A) puanları (p=0.005) ve HAD depresyon alt ölçeği (HAD-D) puanları (p=0.034) ile İÖÖ umutsuzluk alt ölçeği puanları (p=0.031) ve İÖÖ toplam puanları (p=0.020) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. Fiziksel ihmal dışındaki tüm CTQ alt ölçekleri ile İÖÖ toplam skoru arasında pozitif korelasyon saptandı. **Sonuç:** Bu çalışmada çocukluk çağı travması olan MS hastalarında intihar olasılığının anlamlı olarak daha yüksek olduğu gösterilmiştir. MS hastalarındaki intihar olasılığına yönelik gerekli önlemlerin alınabilmesi ve doğru müdahalelerin yapılabilmesi için hastalar çocukluk çağı travmaları açısından da değerlendirilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Multipl skleroz, çocukluk çağı travmaları, intihar

SUMMARY

Objective: It is known that suicide probability is more than the normal population in patients with multiple sclerosis (MS). It has been reported that childhood trauma increases suicide probability in many psychiatric disorders. The aim of this study is to investigate the relationship between childhood traumas and the probability of suicide in patients with MS. **Method:** The study included 61 patients with MS. The functional status of the patients with MS was evaluated with the Expanded Disability Status Scale (EDSS). Hospital Anxiety Depression Scale (HAD), Childhood Trauma Inventory (CTQ-28) and Suicide Probability Scale (SPS) were applied to all patients. **Results:** The patients were divided into two groups as 26 patients with childhood trauma (CTQ≥35) and 35 patients without childhood trauma (CTQ<35). The most common childhood trauma was emotional neglect (n=28; 45,90%) and the patients' mean EDSS score was 2.43±1.68. The mean of HAD anxiety subscale (HAD-A) scores (p=0,005), HAD depression subscale (HAD-D) scores (p=0,034), SPS despair subscale scores (p=0,031) and SPS total scores (p=0,020) were higher in patients with childhood trauma. All CTQ subscales, except physical neglect, were found positively correlated with the SPS total score. **Discussion:** Suicide probability was significantly higher in patients with MS with childhood trauma. Patients should be evaluated in terms of childhood traumas in order to take necessary measures for suicide probability and to perform correct interventions in patients with MS.

Keywords: Multiple sclerosis, childhood trauma, suicide

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2019;22:416-423)

DOI: 10.5505/kpd.2019.71324

GİRİŞ

Multipl Skleroz (MS) özellikle genç erişkinlik döneminde görülen, fokal nörolojik defisite neden olan, kronik, otoimmün ve demiyelinizan bir santral sinir sistemi hastalığıdır (1). MS hastalığının seyrine göre daha sıklıkla 3 kategoriye ayrılır: Relapsing remitting MS (RRMS), primer progresif MS (PPMS) ve sekonder progresif MS (SPMS) (2). Progresif MS hastalarında, RRMS hastaları ile karşılaştırıldığında özürülük oranı daha fazladır ve bu durumun progresif MS hastalarında daha fazla depresyon ve intihar düşüncesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır (3,4,5). MS hastalarında intihar oranları normal popülasyona göre iki kat daha fazladır (6). Bu hastalarda depresyon, sosyal izolasyon, alkol kullanımı ve özürülük şiddeti intihar düşüncesini en çok arttıran risk faktörleri olarak tanımlanmıştır (7).

Ruhsal hastalıklar, travmatik yaşam olayları ya da fiziksel sağlık problemleri gibi intihar riskini arttıran bir çok faktör tanımlanmıştır. Diğer faktörlerden bağımsız olarak çocukluğun erken dönemlerinde fiziksel ve cinsel istismara uğrama ve ihmal gibi travmatik yaşantıların intihar eğilimi ile ilişkili olduğu çeşitli çalışmalarda ortaya konmuştur (8).

Çocuk istismarı; çocuğa bakım veren kişinin, çocuğun psikososyal ve fiziksel gelişimini bozabilecek kaza dışı, önlenemez davranışları olarak tanımlanır ve duygusal, fiziksel, cinsel istismar ve ihmal olarak dört gruba ayrılırken, ihmalde duygusal ve fiziksel ihmal olarak iki gruba ayrılmaktadır (9). Çocukluk çağı travmaları ile intihar riski arasındaki ilişkiyi inceleyen alan çalışmalarında cinsel istismar, duygusal istismar ve duygusal ihmal ile intihar düşüncesi arasında pozitif korelasyon bulunmuştur (10,11). Buna ek olarak obsesif kompulsif bozukluk, şizofreni, depresif bozukluk ve madde bağımlılığı gibi bir çok psikiyatrik hastalıkta çocukluk çağı travmalarının intihar riskini arttırdığı saptanmıştır (12). MS hastalarında çocukluk çağı travmaları ile ilgili yapılmış bir çalışmada travmanın hastalık ile ilgili mevcut özürülükle ilişkili olmadığı, fiziksel ve cinsel istismar öyküsü olan MS hastalarında daha fazla relaps görüldüğü ortaya çıkmıştır (13).

MS hastalarında gerek eşlik eden ruhsal hastalıkların olması, gerekse hastalığın özürülülüğe sebep olması intihar oranlarını arttırır (14). Hastaların intihara yatkınlığını arttıran durumların saptanması olası intihar girişimlerinin önlenmesi açısından önemlidir. Genel popülasyonda çocukluk çağı travmalarının intihar riskini arttırdığı bilinmektedir (8). MS hastalarında çocukluk çağı travmaları ile ilgili yapılmış kısıtlı sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışmanın amacı MS hastalarındaki çocukluk çağı travmalarının ve bu travmaların intihar riski ile ilişkisinin araştırılmasıdır.

YÖNTEM

Örnekleme

Çalışmamıza nöroloji polikliniğine Ekim 2018 tarihi ile Aralık 2018 tarihleri arasında başvuran 2005 McDonald kriterlerine göre MS tanısı alan 61 hasta alındı. Çalışmaya dahil edilen tüm hastalar psikiyatri uzmanı tarafından değerlendirildi ve DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) yapıldı. Çalışma Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından onaylandı ve tüm hastalardan yazılı onam belgesi alındı.

Çalışmaya dahil edilme koşulları 18-65 yaş aralığında ve okur-yazar olmak, son bir aydır atak geçirmemiş olmak, duygudurumu etkileyecek steroid, immunsupresif ve interferon almamış olmak olarak belirlendi. MS dışında nörodejeneratif hastalık tanısı olanlar, madde bağımlılığı, psikotik bozukluk, bipolar bozukluk gibi ek psikiyatrik hastalık tanısı olanlar, santral sinir sistemini etkileyen ilaç kullananlar ve kafa travması öyküsü olanlar çalışma dışında bırakıldı.

Tüm hastaların nörolojik muayeneleri yapılarak şu andaki özürülük durumu Kurtzke'un "Genişletilmiş Özürülük Ölçeği" (EDSS: Expanded Disability Status Scale) ile puanlandı. Verilerin toplanmasında sosyodemografik veri formu, Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği (HADÖ), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28) ve İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) kullanıldı.

Değerlendirme araçları

Sosyodemografik Veri Formu: Araştırmacılar tarafından geliştirilmiş yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, hastalığın süresi ve atak sayısı ile ilgili sorulardan oluşan bir anket formudur.

Genişletilmiş özürüllük ölçeği (EDSS: Expanded Disability Status Scale): MS'li hastalarda nörolojik özürüllüğün derecesini belirlemek için kullanılır ve fonksiyonel kapasitelerini belirler. Santral Sinir Sisteminin sekiz fonksiyonel sisteminin (piramidal, serebral, beyin sapı, görme, mesane ve barsak, duyu ve serebral) işlevlerini değerlendirir. Bu sistemlerin her birine, işlevlerindeki bozukluğun şiddetine göre puan verilir. Bu fonksiyonel sistem puanlarına günlük yaşamdaki kısıtlanmalar eklendikten sonra 0 ile 10 arasında değişen EDSS skoru elde edilir (15)

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD): Zigmond ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir. Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlarda anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) alt ölçekleri vardır. Toplam 14 sorudan oluşur. Türkiye'de yapılan çalışma sonunda anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için 7/8 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk grubu olarak değerlendirilirler. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0 iken en yüksek puan 21'dir. HAD Ölçeğinin Türkçe çevirisinin geçerliliği Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (16).

Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ-28): Çocukluk ve ergenlikteki örselenme ve ihmal yaşantılarını geriye dönük olarak taramaya yönelik, Bernstein tarafından geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir (17). Ölçeğin 28 ve 53 soruluk iki sürümü vardır. Bu çalışmada 28 soruluk form kullanılmıştır. CTQ-28, 28 maddeden oluşan beşli Likert tipi bir ölçektir. Beş alt boyutu duygusal ihmal, fiziksel ihmal, cinsel istismar, duygusal istismar ve fiziksel istismardır. Ayrıca 3 minimizasyon-inkar sorusu vardır. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Şar tarafından yapılmıştır

(22). Cinsel ve fiziksel istismar için >5 , duygusal istismar ve fiziksel ihmal için >7 , duygusal ihmal için >12 ve toplam puan için >35 kesme puanları olarak belirtilmiştir (18).

İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ): Cull ve Gill tarafından geliştirilmiş, dörtlü Likert tipi puanlanan, 36 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Tuğcu tarafından Türkçeye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (19). Ölçeğin amacı, ergen ve yetişkinlerde intihar riskini değerlendirmektir. Umutsuzluk, intihar düşüncesi, kendini olumsuz değerlendirme ve düşmanlık olmak üzere dört alt ölçeği vardır. Her alt ölçek için ayrı puan toplamı elde edilirken tüm puanların toplamı da genel intihar olasılığı puanını vermektedir. Bu çalışmada ölçek toplam puanı her soru için 1-4 arasında derecelendirilmiş bir puanlama anahtarı kullanılarak hesaplanmıştır. Buna göre ölçekten alınacak toplam puan 36-144 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanların yüksek olması intihar olasılığının yüksek olduğunu gösterir (20).

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizlerde SPSS (Statistical Package for Social Sciences Inc., Chicago, IL, USA) 15.0 paket programı kullanılmıştır. Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilen değişkenler normal dağılım gösterdiklerinden değişkenlerin karşılaştırılmasında t testi kullanılmıştır. Değerler ortalama \pm standart sapma ile ifade edilmiştir. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmış, parametrik sayısal değişkenler arasındaki ilişki Pearson korelasyon testi ile incelenmiştir. Tüm analizlerde anlamlılık sınırı olarak $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya katılan 61 hastanın yaş ortalaması 40.87 ± 8.91 olup, hastaların 43'ü (% 70.49) kadın, 18'i (% 29.50) erkekti. Hastaların ortalama hastalık süresi 10.92 ± 6.44 yıl, hastalık başlangıç yaşı 29.96 ± 6.28 ; atak sayısı 4.29 ± 2.25 ve EDSS puanı 2.43 ± 1.68 olarak saptandı. Katılımcılar hastalığın seyrine göre sınıflandırıldığında 50 (%81.96) hastanın relapsing remitting tip, 2 (%3.27) hastanın primer

progresif tip, 9 (%14.75) hastanın sekonder progresif tip MS tanısı mevcuttu. İki (%3.27) hastada intihar girişimi öyküsü saptandı. HAD-A alt ölçeği için kesme puanı 10 kabul edildiğinde 27 (% 44.2) hastada anksiyete semptomu, HAD-D alt ölçeği için kesme puanı 8 kabul edildiğinde 25 (%40.98) hastada depresif semptomlar saptandı. Çalışmaya alınan hastaların klinik ve sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tüm hastalarla yapılan SCID-I sonrasında 13 (%21.3) hasta major depresif bozukluk, 4 (%6.5) hasta yineleyici depresif bozukluk, 2 (%3.2) hasta BTA(başka türlü adlandırılmayan) depresif bozukluk ve 1 (%1.6) hasta distimik bozukluk tanısı alırken; 14 (%22.9) hasta yaygın anksiyete bozukluğu, 5 (%8.1) hasta panik bozukluk, 1 (%1.6) hasta obsesif kompulsif bozukluk tanısı almıştır.

Hastaların ÇTQ toplam skorlarına bakıldığında, 25 (%40.98) hastada CTQ \geq 35; 36(%59.01) hastada CTQ <35 saptandı. CTQ alt ölçeklerine (Cinsel ve fiziksel istismar için >5, duygusal istismar ve fiziksel ihmal için >7, duygusal ihmal için >12 olan kesme puanları dikkate alınarak) bakıldığında hastaların 28'inde (%45.90) duygusal ihmal, 11'inde (%18.03) fiziksel ihmal, 10'unda (%16.39)

duygusal istismar, 5'inde (%8.19) fiziksel istismar ve 5'inde (%8.19) cinsel istismar saptandı.

Hastalar CTQ kesme puanına göre çocukluk çağı travması olan (CTQ \geq 35) ve olmayan (CTQ <35) olarak iki gruba ayrıldığında; gruplar arasında yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, medeni durum, hastalık süresi, hastalık başlangıç yaşı, atak sayısı ve EDSS puanı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Gruplar HAD anksiyete alt ölçeği (HAD-A) ve HAD depresyon alt ölçeği (HAD-D) puanları açısından karşılaştırıldığında, çocukluk çağı travması olan grupta ortalama anksiyete semptomları (p=0,005) ve depresif semptomlar (p=0,034) anlamlı olarak daha fazla saptanmıştır. İÖÖ ve alt ölçekleri değerlendirildiğinde çocukluk çağı travması olanlarda ortalama umutsuzluk alt ölçek puanı (p=0,031) ve toplam İÖÖ skoru (p=0,020) anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Grupların sosyodemografik ve klinik özellikleri ile; HAD ve İÖÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin veriler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Hastaların CTQ puanları ile İÖÖ puanları arasındaki korelasyona bakıldığında, umutsuzluk alt ölçeği, düşmanlık alt ölçeği ve toplam İÖÖ skoru ile fiziksel ihmal dışındaki tüm CTQ alt ölçekleri arasında pozitif korelasyon saptanmıştır.

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik özellikleri

Toplam hasta sayısı: 61	
Cinsiyet	n(%)
Kadın	43 (%70.49)
Erkek	18 (%29.50)
Ortalama yaş	40,87 \pm 8,91
Eğitim seviyesi	n(%)
İlkokul	24(%39,34)
Ortaokul-lise	19(31,14)
Yükseköğrenim	18(29,50)
Medeni durum	n(%)
Evli	45(73,77)
Bekar	11(18,03)
Dul	3(4,91)
Boşanmış	2(3,27)
Ortalama Hastalık Süresi (yıl)	10,92 \pm 6,44
Ortalama Başlangıç Yaşı	29,96 \pm 6,28
MS Seyrine göre	n(%)
Yineleyici(RR)	50(%81,96)
Sekonder Progresif (SP)	9(%14,75)
Primer Progresif (PP)	2(%3,27)
Ortalama atak sayısı	4,29 \pm 2,25
Ortalama EDSS puanı	2,43 \pm 1,68
Ortalama HAD-A puanı	8,25 \pm 5,05
Ortalama HAD-D puanı	6,83 \pm 4,50

MS: Multibl Skleroz EDSS: Expanded Disability Status Scale
HAD-A: Hamilton Anksiyete Depresyon Skalası Anksiyete Alt ölçeği
HAD-D: Hamilton Anksiyete Depresyon Skalası Depresyon Alt ölçeği

Tablo 2. CTQ<35 ve CTQ≥35 olan hastalarda sosyodemografik ve klinik özelliklerin karşılaştırılması

	CTQ≥35 (n:26)	CTQ<35 (n:35)	p
Yaş	39 ±5,92	42,21 ±10,57	0,396
Cinsiyet(K/E)	17/6	26/10	0,404
Eğitim seviyesi(ilk/ort-lise/üniversite)	4/10/10	20/9/8	0,063
Medeni durum(evli/bekar/dul/boşanmış)	19/5/1/1	26/6/2/1	0,650
Hastalık süresi (yıl)	9,10 ±5,25	12,21 ±7,06	0,251
Hastalık başlangıç yaşı	29,90 ±5,38	30 ±7,04	0,970
Atak sayısı	4,20 ±2,09	4,36 ±2,43	0,871
EDSS puanı	2,55 ±1,93	2,35 ±1,56	0,790
HAD-A puanı	11,50 ±5,19	5,93 ±3,54	0,005
HAD-D puanı	9,10 ±3,34	5,21 ±4,62	0,034
Umutsuzluk	28,10 ±7,65	21,57 ±6,21	0,031
İntihar düşüncesi	16,70 ±5,49	15,50 ±4,80	0,575
Kendini olumsuz değerlendirme	19,60 ±4,42	16,43 ±4,10	0,085
Düşmanlık	12,30 ±4,19	9,43 ±3,67	0,089
İÖÖ toplam puanı	76,20 ±15,31	62,93 ±10,70	0,020

K: kadın E: Erkek İlk:ilkokul Ort: ortaokul CTQ: Çocukluk Çağı Travma Ölçeği EDSS: Expanded Disability Status Scale

HAD-A: Hamilton Anksiyete Depresyon Skalası Anksiyete Alt ölçeği HAD-D: Hamilton Anksiyete Depresyon Skalası

Depresyon Alt ölçeği İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği

Kategorik olmayan verilerin değerlendirilmesinde t-testi, kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır.

HAD-A puanı ile umutsuzluk alt ölçeği, kendini olumsuz değerlendirme alt ölçeği, düşmanlık alt ölçeği ve toplam İÖÖ puanı arasında pozitif bir korelasyon saptanırken, HAD-D puanı ile tüm İÖÖ alt ölçekleri ve toplam İÖÖ puanı arasında pozitif bir korelasyon saptanmıştır. Çocukluk çağı travmaları ile intihar olasılığı arasındaki korelasyonla ilgili veriler tablo-3' de gösterilmiştir.

Hastaların yaşı, hastalık süresi, atak sayısı, hastalık başlangıç yaşı ve EDSS puanları ile ÇTQ ve İÖÖ puanları arasında bir korelasyon saptanmamıştır. Hastaların yaşı ve hastalıklarıyla ilgili klinik özellikleri ile çocukluk çağı travmaları ve intihar olasılığı arasındaki korelasyonuna ilişkin veriler Tablo 4'de gösterilmiştir.

TARTIŞMA

Çalışmamızın öncelikli amacı MS tanısı olan yetişkin hastalarda çocukluk çağı travmatik yaşantılarını araştırmak; ikincil amacı ise MS hastalarındaki intihar olasılığı ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiyi incelemektir. MS hastalarında intihar olasılığını araştıran bir çok çalışma olmasına rağmen, intihar olasılığını arttırdığı bilinen çocukluk çağı travmaları ile ilgili kısıtlı sayıda çalışma mevcuttur. Bu nedenle bu çalışma ile literatüre bu alanda yeni katkılar sağlanması hedeflenmektedir.

İntihar kişinin istemli olarak yaşamına son vermesi olarak tanımlanmaktadır. İntihar olasılığını arttıran birçok risk faktörü olmakla birlikte kronik fiziksel bir rahatsızlığı sahip olmak tüm yaş grupları için önemli bir risk faktörüdür. Post mortem çalışmalar

Tablo 3. Çocukluk çağı travmaları ile intihar olasılığı arasındaki korelasyonun incelenmesi

	Umutsuzluk		İntihar düşüncesi		Kendini olumsuz değerlendirme		Düşmanlık		İÖÖ toplam puan	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Duygusal ihmal	0,469	0,021	0,059	0,783	0,315	0,134	0,443	0,030	0,459	0,024
Fiziksel ihmal	0,223	0,294	0,267	0,207	0,005	0,980	0,103	0,632	0,233	0,273
Duygusal istismar	0,606	0,002	-0,051	0,814	0,542	0,006	0,531	0,008	0,575	0,003
Fiziksel istismar	0,547	0,006	0,223	0,295	0,418	0,042	0,481	0,017	0,567	0,004
Cinsel istismar	0,546	0,006	0,61	0,776	0,398	0,054	0,520	0,009	0,533	0,007
CTQ toplam puan	0,588	0,002	0,116	0,588	0,439	0,032	0,520	0,009	0,585	0,003
HAD-A	0,823	0,000	0,230	0,280	0,438	0,032	0,666	0,000	0,807	0,000
HAD-D	0,587	0,003	0,532	0,007	0,552	0,005	0,430	0,036	0,772	0,000

CTQ: Çocukluk Çağı Travma Ölçeği HAD-A: Hamilton Anksiyete Depresyon Skalası Anksiyete Alt ölçeği HAD-D:

Hamilton Anksiyete Depresyon Skalası Depresyon Alt ölçeği İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği

Değişkenler arasındaki ilişki Pearson korelasyon testi ile incelenmiştir.

Tablo 4. Hastaların yaşı ve hastalıklarıyla ilgili klinik özellikleri ile çocukluk çağı travmaları ve intihar olasılığı arasındaki korelasyonun incelenmesi

	Yaş		Hastalık süresi		Atak sayısı		Hastalık başlangıç yaşı		EDSS puanı	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Duygusal ihmal	-0.124	0.563	-0.165	0.441	-0.065	0.763	-0.007	0.974	0.028	0.896
Fiziksel ihmal	-0.120	0.575	-0.207	0.332	0.002	0.993	0.041	0.848	-0.044	0.839
Duygusal istismar	-0.253	0.234	-0.084	0.696	0.090	0.675	-0.272	0.198	0.068	0.753
Fiziksel istismar	-0.112	0.601	-0.184	0.389	-0.050	0.816	0.029	0.892	-0.072	0.737
Cinsel istismar	-0.220	0.301	-0.116	0.591	0.028	0.895	-0.194	0.363	-0.034	0.874
CTQ toplam puan	-0.195	0.362	-0.195	0.360	-0.023	0.914	0.076	0.724	0.007	0.975
Umutsuzluk	0.034	0.875	-0.109	0.612	0.083	0.701	0.160	0.455	0.219	0.304
İntihar düşüncesi	0.147	0.494	-0.091	0.671	-0.265	0.211	0.302	0.152	0.231	0.278
Kendini olumsuz değerlendirme	0.135	0.530	0.178	0.405	0.090	0.676	0.009	0.967	0.310	0.141
Düşmanlık	-0.098	0.648	-0.172	0.422	-0.153	0.475	0.037	0.865	0.094	0.661
IOÖ toplam puan	0.092	0.668	0.071	0.740	-0.064	0.766	0.204	0.338	0.325	0.121

CTQ: Çocukluk Çağı Travma Ölçeği IOÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği EDSS: Expanded Disability Status Scale Değişkenler arasındaki ilişki Pearson korelasyon testi ile incelenmiştir.

intihar kurbanlarının %25-75'inde bir fiziksel hastalık olduğunu göstermiştir (21). MS hastalarında ise yaşam boyu intihar düşüncesi %28,6 saptanırken, intihar oranları normal popülasyona göre iki kat fazladır (22,6). MS hastalarında intiharla ilgili bir derlemede; depresyon, sosyal izolasyon, alkol kullanımı ve özürüllük şiddeti intihar düşüncesini en çok arttıran risk faktörleri olarak saptanmış; tanı aldıktan sonraki ilk 5 yıl ve 30 yaşından önce tanı almış erkek hastalar intihar açısından en riskli grup olarak tanımlanmıştır (7). Bizim çalışmamızda ise hastaların yaşı, cinsiyeti yada diğer sosyodemografik verileri ile intihar olasılığı arasında bir ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızdaki erkek hasta sayısının az olması, ortalama hastalık başlangıç yaşının yaklaşık 30 olması nedeniyle benzer bir ilişkinin saptanmayacağı düşünülmüştür.

Depresyon ve anksiyete semptomları MS hastalarında en sık görülen psikiyatrik durumlardır. Bu hastalarda yaşam boyu depresyon riski %50 saptanırken; anksiyete bozukluğu riski %15.8-%57 arasında değişmektedir (22,23). Bu çalışmada da MS hastalarında ki depresif semptom sıklığının %40,98; anksiyete semptomu sıklığının %44.2 saptanması MS hastalığına eşlik eden ruhsal yakınmaların sıklığı açısından daha önceki çalışmalarla uyumludur. Çalışmamızda depresif semptomlar ve anksiyete semptomları ayrı ayrı değerlendirildiğinde her ikisinin de intihar olasılığı ile korele olduğu bulunmuştur. İntihar düşüncesinin depresif bozukluğun temel bulgularından biri olması nedeniyle (24) depresif bulguları olan hastalarda intihar olasılığının artması beklenen bir sonuçtur ve daha önceden yapılmış çalışmalarda MS hastalarında bu ilişki ortaya konmuştur (25). Fakat bu çalışmada sadece depresif semptomların değil anksiyete

semptomlarının da intihar olasılığı ile korele bulunması anksiyete semptomlarının da bu hastalardaki intihar olasılığını arttırdığını düşündürmektedir.

MS hastalarında özürüllük ile depresif semptomlar arasındaki ilişkiyi gösteren bir çok çalışmaya ek olarak (26) depresyondan bağımsız olarak özürüllük şiddeti arttıkça intihar düşüncesinin arttığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (27,5). Bu çalışmada ise özürüllük oranı ile intihar olasılığı arasında bir ilişki saptanmamıştır. Çalışmaya dahil edilen hastaların polikliniğe ayaktan başvuran hastalar olması ve EDSS puan ortalamasının 5'in altında olması nedeniyle benzer bir ilişkinin saptanamadığı düşünülmüştür.

Çocukluk çağında travmatik yaşam olaylarına maruz kalan çocuklarda travmanın nörobiyolojik değişikliklerle ilişkili olabileceği, beyin gelişimini olumsuz etkilediği ve erişkinlik döneminde psikiyatrik hastalıkların gelişme riskini arttırdığı bilinmektedir (28). Bu çalışmada çocukluk çağı travması olan MS hastalarında hem depresif semptomların hem de anksiyete semptomlarının fazla olması; çocukluk çağındaki olumsuz yaşantıların MS hastalarında da psikopatolojik semptomları arttırdığını göstermektedir. Fakat çocukluk çağı travması olan hastalarda MS ile ilişkili değişkenler arasında bir fark saptanamamıştır. Daha önceden yapılmış bir çalışmada fiziksel ve cinsel istismara öyküsü olan hastalarda daha yüksek relaps oranlarına rastlanmıştır (13). Bizim çalışmamızda fiziksel ve cinsel istismara uğrayan hasta sayısının az olması ve relaps öyküsünün geçmişe yönelik sorgulanması nedeniyle benzer bir ilişkinin saptanamadığı düşünülmüştür.

Hastalığın etiolojisinde genetik ve çevresel faktörlerden söz edilirken, çevresel faktörlerden duygusal stresin hastalığın şiddetlenmesine sebep olduğu ile ilgili bir çok çalışma yapılmıştır. (29,30) Hayatın ileriki dönemlerine olumsuz etkisi olduğu bilinen çocukluk çağı travmaları en sık görülen travmatik streslerden biridir (31). Ülkemizde yapılmış intihar riski ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiyi araştıran bir alan çalışmasında duygusal ihmal %19,4, duygusal istismar %9,7 oranında saptanırken bu çalışmada MS hastalarında duygusal ihmal %45,9, duygusal istismar %16,39 oranında bulunmuştur (10). Çocukluk çağındaki travmatik stres niteliğindeki olumsuz yaşam olaylarının yaşamın ileriki dönemlerindeki proinflatuar süreçlerle dolaylı ilişkisinden bahsedilir (32,33). Bu proinflatuar süreçlerin santral sinir sisteminin inflamatuvar hastalıklarından biri olan MS'e yatkınlığı arttıran faktörlerden biri olabileceği düşünülmüştür (34,35). MS hastalarının kontrol grubu ile karşılaştırılarak yapıldığı bir çalışmada fiziksel ihmal ve istismar dışında çocukluk çağı travmatik yaşantılarına daha fazla maruz kaldıkları bulunmuştur (13). Çalışmamızda MS hastalarındaki özellikle duygusal ihmal ve istismar oranlarının yüksek olması duygusal travmatik yaşantıların MS gelişme riskini dolaylı olarak arttırdığı ile ilgili ilişkiyi desteklemektedir.

Son dönemdeki çalışmalar çocukluk çağı travmalarının intihar olasılığı açısından en önemli risk faktörlerinden olduğunu işaret etmektedir (36). Birçok psikiyatrik hastalıkta çocukluk çağı travmaları ile intihar düşüncesi ve davranışı arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (12). Çalışmamızda çocukluk çağı travması olan MS hastalarında umutsuzluğun ve intihar olasılığının anlamlı olarak daha fazla olduğu gösterilmiştir. Bu sonuçtan yola çıkarak çocukluk çağı travmatik yaşantılarının MS hastalarındaki intihar riskini arttırdığı söylenebilir. Bu nedenle hastalardaki çocukluk çağı travmatik yaşantılarını araştırmak, intihar olasılığına yönelik gerekli önlemleri alabilmek ve daha doğru tedavi yöntemleri geliştirebilmek için önemlidir.

Hastalardaki çocukluk çağı travma ölçeğinin puanları ile intihar olasılığı ölçeğinin puanları arasındaki korelasyona bakıldığında ise fiziksel ihmal dışında tüm travmatik yaşantıların intihar

olasılığını arttırdığı gösterilmiştir. Daha önceki çalışmalarda fiziksel ve cinsel istismara maruz kalanlarda intihar riskinin yaklaşık 2 kat arttığından bahsedilir (37,38). Ülkemizde yapılmış klinik dışı örneklemin incelendiği bir çalışmada ise duygusal ihmale maruz kalanlarda intihar riskinin yaklaşık 3 kat arttığı gösterilmiş, fiziksel ve cinsel istismar ile intihar riski arasında bir ilişki saptanmamıştır (10). Fiziksel ve cinsel istismarı ifade etmenin yetişkinler için zor olmasından bahsedilmiştir. Bizim çalışmamızda ise MS hastalarında fiziksel istismar ve cinsel istismara ek olarak duygusal ihmal ve duygusal istismarın da intihar olasılığını arttırdığı gösterilmiştir.

Çalışmanın kesitsel olması, örneklemin küçüklüğü, hastalıkla ilgili verilerin geriye dönük öykü ile alınması ve polikliniğe ayaktan başvurmuş hastaların dahil edilmiş olması çalışmamızın kısıtlılıklarından bazılarıdır. Bu kısıtlılıklara rağmen çalışmamızın sonuçlarının literatüre katkı sağladığını, MS hastalarında intihar olasılığını değerlendirirken depresyon ya da kaygı bozukluklarından bağımsız olarak çocukluk çağı yaşantılarının da dikkate alınması gerektiğini düşünmekteyiz.

Bildiğimiz kadarıyla, bu çalışma MS hastalarında çocukluk çağı travmaları ile intihar riski arasındaki ilişkiyi araştıran ilk çalışmadır. Çalışmaya dahil edilen hastalarda çocukluk çağı travması olanlarda intihar olasılığının anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Buna ek olarak, fiziksel ihmal dışındaki diğer çocukluk çağı travmatik yaşantıları arttıkça intihar olasılığının arttığı gösterilmiştir. Bu çalışmanın sonuçları, MS hastalarındaki intihar girişimlerinin önlenmesi ve gerekli psikiyatrik müdahalelerin yapılabilmesi açısından önemlidir. MS hastalarındaki çocukluk çağı yaşantılarının hastalıkla ilgili klinik veriler, ruhsal yakınmalar ve intihar olasılığı ile ilişkisini araştıran uzunlamasına araştırmaların planlanması ile bu ilişkilerin aydınlatılmasına ihtiyaç vardır.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr., Selen Işık Ulusoy, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Konya Araştırma Hastanesi, Psikiyatri A.D., Konya, Türkiye drselen82@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Hafler DA, Slavik JM, Anderson DE, O'Connor KC, De Jager P, Baecher-Allan C. Multiple sclerosis. *Immunological Reviews* 2005;204:208-31.
2. Pugliatti M, Rosati G, Carton H, Riise T, Drulovic J, Vécsei L, Milanov I. The epidemiology of multiple sclerosis in Europe. *Eur J Neurol* 2006;13:700-22.
3. Chwastiak L, Ehde DM, Gibbons LE, Sullivan M, Bowen JD, Kraft GH Am J Psychiatry. Depressive symptoms and severity of illness in multiple sclerosis: epidemiologic study of a large community sample. 2002;159:1862-8.
4. Sarısoy G, Terzi M, Gümüş K, Pazvantoglu O. Psychiatric symptoms in patients with multiple sclerosis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35:134-40.
5. Turner AP, Williams RM, Bowen JD, Kivlahan DR, Haselkorn JK. Suicidal ideation in multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2006;87:1073-8.
6. Brønnum-Hansen H, Stenager E, Nylev Stenager E, Koch-Henriksen N. J Neurol Neurosurg Psychiatry. Suicide among Danes with multiple sclerosis. 2005;76:1457-9.
7. Feinstein A, Pavisian B. Multiple sclerosis and suicide. *Mult Scler* 2017;23:923-927.
8. Zatti C, Rosa V, Barros A, Valdivia L, Calegari VC, Freitas LH, Ceresér KMM, Rocha NSD, Bastos AG, Schuch FB Childhood trauma and suicide attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. *Psychiatry Res*. 2017;256:353-358.
9. Polat O. Çocuk ve Şiddet. İstanbul, Der Yayınları, 2001.
10. Saraçlı Ö, Atasoy N, Şenormancı Ö, Atik L, Açıkgöz HO, Doğan V, Sankır H, Köktürk F, Örsel S. Childhood trauma and suicide risk in the population living in Zonguldak Province. *Asia Pac Psychiatry*. 2016;8:136-44.
11. Joiner TE Jr1, Sachs-Ericsson NJ, Wingate LR, Brown JS, Anestis MD, Selby EA. Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: a persistent and theoretically important relationship. *Behav Res Ther*. 2007;45:539-47
12. Ay R, Erbay LG. Relationship between childhood trauma and suicide probability in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2018 Mar;261:132-136.
13. Spitzer C, Bouchain M, Winkler LY, Wingenfeld K, Gold SM, Grabe HJ, Barnow S, Otte C, Heesen C. Childhood trauma in multiple sclerosis: a case-control study. *Psychosom Med* 2012;74:312-8.
14. Lewis VM, Williams K, KoKo C, Woolmore J, Jones C, Powell T Disability, depression and suicide ideation in people with multiple sclerosis. *J Affect Disord* 2017;15:208:662-669.
15. Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: An expanded disability status scale (EDSS). *Neurology* 1983;33:1444-1452.
16. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane ve anksiyete depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997;8:280-7.
17. Bernstein DP, Fink L. Childhood Trauma Questionnaire: a Retrospective Self-Report: Manual. Harcourt Brace & Company, 1998.
18. Şar V, öztürk E, İkikardeş E. Validity and reliability of the Turkish version of Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi (Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences)* 2012;32:1054-1063
19. Tuğcu H., Özşan HH. Şizofrenik hastalarda intihar olasılığının çeşitli faktörlere göre belirlenmesi. *Kriz Dergisi* 6: 33-39
20. Atlı Z, Eskin M, Dereboy Ç. İntihar Olasılığı Ölçeğinin (İÖÖ) klinik örneklemede geçerlik ve güvenilirliği. *Klinik Psikiyatri* 2009;12:111-124.
21. Leung YW, Li M, Devins G, Zimmermann C, et al. Routine screening for suicidal intention in patients with cancer. *Psycho-Oncology*. 2013;22:2537-2545.
22. Feinstein A. An examination of suicidal intent in patients with multiple sclerosis. *Neurology* 2002;59:674-8.
23. Butler E, Matcham F, Chalder T A systematic review of anxiety amongst people with Multiple Sclerosis. *Mult Scler Relat Disord* 2016;10:145-168.
24. Pompili M, Forte A, Palermo M, Stefani H, Lamis DA, Serafini G, Amore M, Girardi P. Suicide risk in multiple sclerosis: a systematic review of current literature. *J Psychosom Res*. 2012;73:411-7.
25. Tauil CB, Grippe TC, Dias RM, Dias-Carneiro RPC, Carneiro NM, Aguilar ACR, Silva FMD, Bezerra F, Almeida LK, Massarente VL, Giovannelli EC, Tilbery CP, Brandão CO, Santos LMB, Santos-Neto LD. Suicidal ideation, anxiety, and depression in patients with multiple sclerosis. *Arq Neuropsiquiatr* 2018;76:296-301.
26. Arnett PA, Barwick FH, Beeney JE. Depression in multiple sclerosis: review and theoretical proposal. *J Int Neuropsychol Soc* 2008;14:691-724.
27. Viner R, Patten SB, Berzins S, Bulloch AG, Fiest KM. Prevalence and risk factors for suicidal ideation in a multiple sclerosis population. *J Psychosom Res* 2014;76:312-6.
28. Marshall BD, Galea S, Wood E, Kerr T. Longitudinal associations between types of childhood trauma and suicidal behavior among substance users: a cohort study. *Am J Public Health*. 2013;103:69-75.
29. Mohr DC, Hart SL, Julian L, Cox D, Pelletier D. Association between stressful life events and exacerbation in multiple sclerosis: a meta analysis. *BMJ*. 2004;328:731.
30. Golan D, Somer E, Dishon S, Cuzin-Disegni L, Miller A. Impact of exposure to war stress on exacerbations of multiple sclerosis. *Ann Neurol* 2008;64:143-8.
31. Goodwin RD, Stein MB. Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the United States. *Psychol Med*. 2004;34:509-20.
32. Danese A, Pariante CM, Caspi A, Taylor A, Poulton R. Childhood maltreatment predicts adult inflammation in a life-course study. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2007;104:1319-24.
33. Spitzer C, Barnow S, Völzke H, Wallaschofski H, John U, Freyberger HJ, Löwe B, Grabe HJ. Association of posttraumatic stress disorder with low-grade elevation of C-reactive protein: evidence from the general population. *J Psychiatr Res*. 2010;44:15-21.
34. Mechelli R, Annibali V, Ristori G, Vittori D, Coarelli G, Salvetti M. Multiple sclerosis etiology: beyond genes and environment. *Expert Rev Clin Immunol* 2010;6:481-90.
35. Ramagopalan SV, Dobson R, Meier UC, Giovannoni G. Multiple sclerosis: risk factors, prodromes, and potential causal pathways. *Lancet Neurol* 2010;9:727-39.
36. Roy A. Combination of family history of suicidal behavior and childhood trauma may represent correlate of increased suicide risk. *J Affect Disord* 2011;130:205-8
37. Afifi TO, Boman J, Fleisher W, Sareen J. The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child Abuse Negl*. 2009;33:139-47.
38. Örsel S., Karadağ H., Kahiloğulları A.K., Aktaş E.A. The frequency of childhood trauma and relationship with psychopathology in psychiatric patients. *Anatolian J Psychiatry* 2011;12:130-136

Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ile otomatik düşünceler, ara inançlar, uyumsuz şemalar, anksiyete ve depresif belirti şiddeti ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki

The relationship of adverse childhood events on automatic thoughts, intermediate beliefs, schemas, anxiety and depressive symptoms and quality of life in university students

Anıl Gündüz¹, İbrahim Gündoğmuş²

¹Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Kent Üniversitesi, Klinik Psikoloji A.D., Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-5159-238X>

²Uzm. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Psikiyatri A.D., Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-1921-1495>

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, psikopatolojisi olmayan üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı olumsuz yaşantıları (ÇÇÖY) varlığının şemalara, fonksiyonel olmayan tutumlara, otomatik düşüncelere, anksiyete ve depresif belirtilerinin şiddetine ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin araştırılmasıdır. **Yöntem:** SCID-1 ve SCID-2 ile Eksen 1 ve 2 psikopatolojisi olan bireyler çalışmadan dışlandıktan sonra, çalışmaya dâhil olma kriterlerini taşıyan gönüllülerden Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği Türkçe Formu (ACE-TR), SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ), Young Şema Ölçeği (YŞÖ) ve Otomatik Düşünceler Ölçeği uygulanmıştır. Gönüllüler, ÇÇÖY olmayanlar ve olanları ayırmak için ACE-TR skoru 0 olanlar ve 1 veya daha büyük olanlar olmak üzere iki gruba ayrılarak karşılaştırmalar yapılmıştır. **Bulgular:** Katılımcıların yaş ortalaması 21.29 ± 3.31 olarak bulunmuştur. Ayrıca katılımcıların 185 (%84.5) kadın, sigara kullananlar 40 (%18.7), alkol kullananlar 39 (%17.8) ve ekonomik durumu kötü olanlar 65 (%29.7) olarak bulunmuştur. ACE-TR skoru 1 ve daha büyük olanlar, 0 olanlara göre BDE, BAE, FOTÖ (Mükemmeliyetçi Tutum, Değişken Tutum, Toplam), YŞÖ (Kopukluk ve Reddedilmişlik, Zedelenmiş Otonomi, Zedelenmiş Sınırlar, Diğerleri Yönelimlilik, Yüksek Standartlar), Otomatik Düşünceler Ölçeği ve SF-36 Enerji/Vitalite, Ruhsal Sağlık, Ağrı ve Genel Sağlık skorları istatistiksel olarak belirgin şekilde daha yüksek bulunmuştur. **Sonuç:** Eksen 1 veya 2 psikopatolojiye sebep olmasa bile; ÇÇÖY'leri olan kişilerin daha sık negatif otomatik düşünceleri, daha şiddetli fonksiyonel olmayan tutumları ve daha fazla ve şiddetli düzeyde uygunsuz şemaları mevcuttur. ÇÇÖY varlığı kişilerin yaşam kalitesini negatif olarak etkilemekte ve depresyon ve anksiyete şiddetini artırmaktadır. Psikopatolojiye sebep olsun ya da olmasın ÇÇÖY'lerin varlığı ruh sağlığı alanında çalışan kişiler tarafından sorgulanmalı ve incelenmelidir.

Anahtar Sözcükler: Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları, Şema, Fonksiyonel Olmayan Tutumlar, Otomatik Düşünce, Yaşam Kalitesi

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2019;22:424-435)

DOI: 10.5505/kpd.2019.72621

SUMMARY

Objective: Aim of this study was to investigate the effects of the adverse childhood events (ACEs) over the schemas, dysfunctional attitudes, automatic thoughts, anxiety, depression severity and quality of life in the university student population without any Axis 1 and 2 psychopathology. **Method:** Individuals with Axis 1 and 2 psychopathology were excluded from the study by use of SCID-1 and SCID-2 assessment. Afterward, Beck Anxiety Inventory (BAI), Dysfunctional Attitudes Scale (DAS), Young Schema Questionnaire (YSQ) and Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ) and Adverse Childhood Events Questionnaire (ACE-TR) were applied. Volunteers were divided into two groups according to the presence of adverse childhood events (ACEs) in the ACE-TR and stated as having no ACE and one or more ACEs. **Results:** The mean age of the participants was 21.29 ± 3.31 . Also, 185 (84.5%) of the participants were female, 40 (18.7%) were smokers, 39 (17.8%) were drinking alcohol, and 65 (29.7%) had a low socioeconomic situation. Individuals with ACE-TR scores greater than 0 had significantly higher severity in the BDI, BAI, DAS (Perfectionistic attitudes, tentativeness, and total scores), YSQ (Impaired Autonomy, Disconnection / Rejection, Impaired Limits, Other - Directedness, Overvigilance / Inhibition), ATQ and SF-36 Energy / Vitality, Mental Health, Pain and Overall Health scores were statistically higher. **Discussion:** Even though the ACEs do not cause any Axis 1 or 2 psychopathology in our population; individuals with ACEs have more frequent negative automatic thoughts, higher levels of dysfunctional attitudes, and more severe inappropriate schemas when compared to individuals with no ACEs. The presence of ACEs negatively affect the quality of life and increases the severity of depression and anxiety. Whether or not ACEs cause psychopathology, the existence of the ACEs should be questioned and examined by mental health professionals.

Keywords: Adverse Childhood Events, Schemas, Dysfunctional Attitudes, Automatic Thoughts, Quality of Life

GİRİŞ

Beyin gelişimi ve nöroplastisite için en hassas dönem olan ilk 18 yılda yaşanan aile içi fiziksel, duygusal veya cinsel istismar, fiziksel veya duygusal ihmal, ebeveynlerde veya evde yaşayan diğer bireylerde psikiyatrik hastalık, anne babanın boşanması veya ayrılması, alkol ya da uyuşturucu kullanan bir aile bireyiyle yaşıyor olmak, aile üyelerinden birinin cezaevine girmesi, ebeveyn tarafından şiddete maruz kalmak gibi çeşitli Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları'nın (ÇÇOY); ilerleyen yaşlarda kronik hastalığa yakalanma (1), ruh sağlığında bozulma (2,3), antisosyal davranışlar sergileme ve bir suçun mağduru olma (4-6) ve de sağlık açısından tehlikeli davranışlarda bulunma (7-10) gibi riskleri artırdığı ve erken mortalite (11) ile bağlantılı olduğu gösterilmiştir. Yaşanan ÇÇOY'nun miktarı arttıkça ruhsal ve sağlık sorunlarının ortaya çıkma riski ve bunlara eşlik eden komorbidite riski de artmaktadır. Uzun süreli takip çalışmalarında, ÇÇOY sayısının güçlü ve aşamalı bir şekilde sağlık, ruhsal, toplumsal ve davranışsal olarak birçok soruna yol açtığı gösterilmiş ve sık olarak komorbidite eşlik ettiği gözlenmiştir (7,12,13). Çocukluk ve ergenlik döneminde yaşanan travmatik olaylar bilişsel teoride açıklanmış olan uyumsuz şemaların oluşmasına katkıda bulunmaktadır. Jeffrey Young' a göre (14,15), uyumsuz şemalar çocukluk ya da ergenlik dönemi boyunca gelişen, kişinin kendine ve ilişkilerine yönelik, anılar, duygular, bilişler ve beden duyularını içeren, hayat boyu geçerliliğini koruyan, kapsamlı kognitif yapılanmalar olup ve kişinin içinde yaşadığı aile ortamına/yakın çevresine uyumunu sağlamalarına yardımcı olmaktadır. Bununla birlikte, tüm kişilerde var olan bu şemalar katı ve değişime dirençli olmaları durumunda yaşamın ilerleyen dönemlerinde yaşanan ortam ve çevre koşulları değiştiğinde uyumsuz ve esneklikten yoksun hale gelebilmekte, çeşitli ruhsal bozukluklara ve kişilik bozukluklarına sebebiyet verebilmektedir (16).

Beck'e göre ise yaşanan ruhsal problemlerin değerlendirilmesinde şemalar (temel inançlar), ara inançlar (tutumlar) ve otomatik düşünceler olarak adlandırılan üç bilişsel yapı hiyerarşik olarak ilişki içindedir (17,18). Otomatik düşünceler, bilişin içeriğindeki sözel veya imgesel kısımlardır. Bu

düşünceler veya imajlar zihinde birdenbire belirdiklerinden otomatik olarak isimlendirilmektedir. İnsanların duygusal olarak ne hissettikleri ve nasıl davrandıkları, bir olayı nasıl yorumladıklarına; yani o olay hakkında ne düşündükleriyle (otomatik düşünce) ilişkilidir (17,18). Kişilerin otomatik düşüncelerini belirleyen şey ise çocukluktan bu yana kişinin kendisi, başkaları ve dünya hakkında geliştirdiği temel inançlardır (şemalar). İnsanlar, çevrelerini erken gelişim evlerinden itibaren ayırt etmeye çalışırlar ve işlevsel olabilmek adına deneyimlerini uyumlu bir biçimde organize etmeye ihtiyaç duyarlar. Şemalar bu dönemde oluşur ve şekillenir. Bu temel inançlar (şemalar) otomatik düşünce ve tutumların daha derininde olup kişinin dünyayı görmesine aracılık eder ve gelen uyarıyı tarayan, kodlayan ve değerlendiren, deneyimleri anlamlı bir şekilde organize ve kategorize eden, yorumlayan, zaman ve mekâna ilişkin olarak kendini yönlendiren, beklentileri ve tahminleri şekillendiren temel bilişsel yapıdır (17,18). Eğer bu temel inançlar, yani şemalar, kişiye negatif duygular hissettiriyor ise kişi bu duygularla ve altta yatan şeması ile karşılaşmamak adına yaşamla ilgili birtakım kurallar, tutum ve varsayımlar geliştirir. Bu kurallar, varsayımlar ve tutumlar ise otomatik düşünce ile şema arasında bulunup bir tampon görevi görerek şemalarla ve şemaların yarattığı negatif duygularla karşılaşmayı engeller ve ara inançlar olarak isimlendirilir. Ara inançlar; kişinin olayı değerlendirirken sahip olduğu otomatik düşünceleri için bir kılavuz niteliğindedir (18).

Beck'in bilişsel psikopatoloji modeline göre; temel inançlarda, ara inançlarda ve otomatik düşüncelerin içeriğinde farklı biçim ve boyutlarda meydana gelen bilişsel çarpıtmalar ya da hatalar sonucu farklı psikopatolojilerin geliştiği varsayılmaktadır ve ruhsal olarak sağlıklı kişilerde de psikopatoloji geliştirmeyecek boyutlarda uyumsuz şemalar, ara inançlar ve otomatik düşünceler olabilmektedir (18).

Çocukluk dönemindeki olumsuz yaşam olaylarının etkisi çoğunlukla bir gelişimsel geçiş dönemi olan üniversite döneminde belirgin hale gelmektedir. Çocukluk çağında bakım vereni tarafından kendisine kötü davranılan üniversite öğrencileri geçmiş istismar ve travmalarıyla baş edebilmek için işlevsel

olmayan baş etme stratejileri geliştirmektedirler (19–22). Çocukluk döneminde fiziksel veya ruhsal kötüye kullanıma maruz kalmak, düşük özgüven, sapkın cinsel davranışlar, öfkeyle baş etmekte güçlük ve erişkinlikte psikososyal zorlanma ile bağlantılı olduğu gösterilmiştir (23). Çocukluk döneminde çoklu kötüye kullanıma maruz kalmanın tek bir kötüye kullanıma maruz kalmaya göre psikolojik adaptasyonda daha fazla sorunla bağlantılı olduğu gösterilmiştir (24–26). Bu işlevsel olmayan baş etme stratejilerinin, travmatik deneyimleri anlamlandırma sürecinin özellikle yaşamlarının bu aşamasında; evden ve aileden uzaklaşıp kendilerini daha güvende hissettikleri ortamda başlıyor olabileceği düşünülmektedir (27,28).

Çocukluk dönemi olumsuz yaşantı ve ihmalleri ile şemaların arasındaki bağlantıyı inceleyen kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Erken çocukluk dönemi ihmallerinin depresyon ve anksiyete belirtileriyle giden kendini eleştirme (29), duygusal inhibisyon (30,31) ve negatif bilişsel stil (32,32–36) üzerinde bir mediatör etkisi olduğu gösterilmiştir. Aynı zamanda çocukluk döneminde maruz kalınan duygusal suistimal, negatif bilişsel atıf stilleri (33,34) ve negatif kendilik şemalarının çocukluk dönemi suistimali ve internalizan psikopatolojiler arasında bir mediatör rol oynadığı gösterilmiştir (29,34–37). Aynı zamanda ÇÇOY'si olan kişilerin yaşam kalitelerinde bozulmalar mevcuttur (9,10,38,39).

Bildiğimiz kadarıyla, bugüne kadar yapılan çalışmalarda herhangi bir psikopatolojisi bulunmayan üniversite öğrencilerinde ÇÇOY ile otomatik düşünceler, ara inançlar, şemalar ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma mevcut değildir. Tüm bu bilgiler ışığında, çalışmamızın hipotezi; psikopatolojisi olmayan bireylerde, ÇÇOY varlığı olan ve olmayan iki grup arasında şema ve ara inançlarla ilgili fonksiyonel olmayan tutumlar ve otomatik düşünceler, anksiyete ve depresif belirti şiddetleri ve yaşam kalitesi arasında fark olup olmadığı saptamaktır.

YÖNTEM

Örneklem

Araştırmanın örneklemini 2018 Haziran - 2018 Ağustos arasında Haydarpaşa Numune Hastanesi sağlık kuruluna uygulamalı eğitim için sağlık kurulu raporuna müracaat eden gönüllü üniversite öğrencileri oluşturmaktadır. Çalışma için 480 üniversite öğrencisine ulaşılmıştır, çalışmaya katılımı kabul eden 392 gönüllünün sosyodemografik veri formunu doldurması sağlanmıştır. Sosyodemografik veri formuna göre geçirilmiş ve mevcut psikopatolojisi olan ve/veya psikotropik ilaç kullanımı olan ve madde kötüye kullanımı olan gönüllüler çalışma dışı bırakılmıştır. Gönüllü 308 üniversite öğrencisi DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme SCID-1 (40,41) ve Eksen II Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme SCID-2 (42,43) uygulandı. Yapılandırılmış görüşmelere göre psikopatolojisi olanlar çalışma dışı bırakılarak çalışmaya 219 gönüllü üniversite öğrencisi dahil edildi.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri olarak; a) çalışmaya dahil olmak için gönüllü olmak, b) madde kullanımı olmamak, c) geçirilmiş/mevcut psikopatolojisi olmamak, d) psikotropik ilaç kullanmıyor olmamak, e) yapılandırılmış görüşmelere göre psikopatolojisi olmamak, f) geçirilmiş kafa travması olmamak belirlendi.

İşlem

Katılımcıların gönüllük esasına dayalı olarak, önce sosyodemografik veri formunu doldurması sağlanmış, sonrasında SCID-1 ve SCID-2 eğitimi almış araştırmacılar tarafından uygulandıktan sonra, çalışmaya dâhil olma kriterlerini taşıyan gönüllülerden Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği Türkçe Formu (ACE-TR), SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ), Young Şema Ölçeği (YŞÖ) ve Otomatik Düşünceler Ölçeği uygulandı. Gönüllüler, ÇÇOY olmayanlar ve olanları ayırmak için ACE-TR skoru 0 olanlar ve 0'dan büyük olanlar olmak üzere iki gruba ayrılarak

karşılaştırmalar yapıldı (44).

Çalışma Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. Çalışmanın tüm aşamaları Helsinki Bildirgesine uygun şekilde yürütülmüştür.

Veri Toplama Araçları

Sosyo-demografik veri formu: Araştırmacılar tarafından literatür ışığında öğrencilerin sosyo-demografik, ilaç kullanımı, psikiyatrik tanı, madde kötüye kullanımı gibi değişkenleri hakkında bilgi almak amaçlı oluşturulmuştur.

Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği Türkçe Formu (ACE-TR): 1997 yılında Permanente tarafından uygulayan kişinin yaşamının ilk 18 yılında aile içi duygusal şiddet, fiziksel şiddet, cinsel şiddet, kötüye kullanılma, duygusal ve fiziksel olarak ihmal edilme olup olmadığı ile boşanma sorgulanmak amacıyla geliştirilmiştir. 10 maddeden oluşan ölçek evet-hayır şeklinde ikili yanıtı olanak sağlayan öz bildirim ölçeğidir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gündüz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (44).

Beck Depresyon Envanteri (BDE): Katılımcıların depresyon semptomlarının şiddetlerini değerlendirmek amaçlı kullanılmıştır. Uygulayıcının bedensel, duygusal, bilişsel ve güdüsel depresif belirtilerini değerlendirmek amaçlı Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir (45). 21 maddeden oluşmakta olan ölçek, her bir madde 0-4 arası skorlanan ve toplam skor 0-63 arası değişmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (46).

Beck Anksiyete Envanteri (BAE): Katılımcıların anksiyete belirtilerinin şiddetlerini belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Uygulayıcının anksiyete seviyesini değerlendirmek amacıyla Beck ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir (47). 21 maddeden oluşmakta olan ölçek, her bir madde 0-4 arası skorlanan ve toplam skor 0-63 arası değişmektedir. Ölçekten alınan skorun

artması anksiyete şiddetinin artmasını gösterir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları tarafından 1993 yılında yapılmıştır (48).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği: Katılımcıların yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Ölçek 8 boyutu değerlendiren 36 maddeden oluşmaktadır. Alt ölçekler 0-100 arasında skorlanır. Alınan skor yükseldikçe sağlık durumunun iyiliğini gösterir. Alt ölçekleri; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, ruhsal sağlık, enerji/vitalite ve genel sağlık şeklindedir (49). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1999 yılında Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (50).

Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ): Weissman ve Beck tarafından 1978 yılında inançları ve şemaları ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (51). 40 maddeden oluşmakta olan ölçek, her bir madde 1-7 arası likert tipi skorlamaya sahiptir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1992 yılında yapılmıştır (52).

Young Şema Ölçeği (YŞÖ): Erken dönem uyumsuz şemaları değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. 90 maddeden oluşmaktadır. 5 alt ana şema ya sahiptir. Kopukluk ve reddedilmişlik (Duygusal yoksunluk, duyguları bastırma, sosyal izolasyon/güvensizlik, kusurluluk), zedelenmiş otonomi (İç içe geçme/bağımlılık, terk edilme, başarısızlık, karamsarlık, tehditler karşısında, dayanıksızlık), zedelenmiş sınırlar (Ayrıcalıklılık/yetersiz özenetim), diğerleri yönelimlilik (Kendini feda, cezalandırılma), yüksek standartlılık (Yüksek standartlar, onay arayıcılık) şeklindedir (53). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Soygüt ve arkadaşları tarafından 2009 yılında yapılmıştır (54).

Otomatik Düşünceler Ölçeği: Katılımcıların otomatik düşüncelerinin sıklığını değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Hollon ve Kendall tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir (55). 30 maddeden oluşmakta ve 1-5 arası likert tipi puanlama ile puanlandırılmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Şahin ve Şahin tarafından yapılmıştır

(56).

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analiz için SPSS 20.0 Windows (57) için kullanıldı. İki grup arasında kategorik verilerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare testi kullanıldı. Sürekli değişkenler için normal dağılıma uygun olanlar için Student T testi ve dağılımı normale uygun olmayanlar için Mann-Whitney U testi kullanıldı. Sayısal iki verinin arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson Korelasyon testi kullanıldı. İstatistiksel analizlerde 0.05'ten küçük p değerleri anlamlı kabul edildi (58).

BULGULAR

Verilerin analizinden önce katılımcıların tanımlayıcı verileri Tablo 1'de sunulmuştur. Ayrıca katılımcıların sosyo-demografik verilerinin iki grup arasında karşılaştırılması da Tablo 1'de sunulmuştur. Katılımcıların yaş ortalaması 21.29 ± 3.31 yıl olarak bulunmuştur. Ayrıca katılımcıların 185'i (%84.5) kadın, sigara kullananlar 40 (%18.7), alkol kullananlar 39 (%17.8) ve ekonomik durumu kötü olanlar 65 (%29.7) olarak bulunmuştur.

ACE-TR skoru 0 olanlar ve 1 ve daha büyük

olanların sosyo-demografik verilere göre karşılaştırılmasında yalnızca, ekonomik durumu kötü olanların orta ve iyi olanlara göre daha yüksek ACE-TR skoruna sahip oldukları bulunmuştur. ($p \leq 0.001$)

Katılımcıların, SF-36 Yaşam kalitesi alt ölçek skorlarının iki grup arasında karşılaştırılması Tablo 2'de sunulmuştur. Buna göre ACE-TR skoru 0 olanlar, 1 ve daha büyük olanlara göre Enerji/Vitalite, Ruhsal Sağlık, Ağrı ve Genel Sağlık skorları istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. (p değerleri sırasıyla ≤ 0.001 , ≤ 0.001 , 0.001 ve 0.003)

Katılımcıların, BDE, BAE, FOTÖ, YŞÖ ve Otomatik Düşünceler Ölçeği ve/veya alt ölçek skorlarının iki grup arasında karşılaştırılması Tablo 3'de sunulmuştur. Buna göre ACE-TR skoru 1 ve daha büyük olanlar, 0 olanlara göre BDE, BAE, FOTÖ- Mükemmelci Tutum FOTÖ-Değişken Tutum, FOTÖ-Toplam, YŞÖ- Kopukluk ve Reddedilmişlik, YŞÖ- Zedelenmiş Otonomi, YŞÖ- Zedelenmiş Sınırlar, YŞÖ- Diğerleri Yönelimlilik, YŞÖ- Yüksek Standartlar ve Otomatik Düşünceler Ölçeği skorlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. (p değerleri sırasıyla ≤ 0.001 , 0.012 , 0.003 , 0.023 , 0.001 , 0.001 , ≤ 0.001 , ≤ 0.001 , ≤ 0.001 , 0.002 ve ≤ 0.001)

Tablo 1: Çalışmaya dahil edilen tüm katılımcıların sosyodemografik verileri.

	Toplam	ACE Skor =0	ACE Skor ≥ 1	.N ² Z	p değeri
Yaş (Yıl)	21.29=3.31	21.55=3.70	20.79=2.37	-1.510	0.131
Cinsiyet					
Kadın	185 (84.5)	117 (81.8)	68 (89.5)	2.218	0.136
Erkek	34 (15.5)	26 (18.2)	8 (10.5)		
Ekonomik Durum					
Kötü	65 (29.7)	20 (14.0)	45 (59.2)		
Orta	78 (35.6)	64 (44.8)	14 (18.4)	48.962	≤ 0.001 **
İyi	76 (34.7)	59 (41.3)	17 (22.4)		
Sigara					
Var	40 (18.7)	30 (21.3)	10 (13.9)	1.705	0.192
Yok	173 (79.0)	111 (78.7)	62 (86.1)		
Alkol					
Var	39 (17.8)	18 (12.8)	17 (23.0)	3.710	0.054
Yok	180 (82.2)	123 (87.2)	57 (77.0)		
Üniversite Yılı	2.56=1.29	2.62=1.28	2.44=1.30	-0.992	0.332

* $p \leq 0.05$. ** $p < 0.01$.

Tablo 2. SF-36 alt grup skorlarının ACE skoru 0 ve 1'den büyük olanların karşılaştırılması

	ACE Skor 0 (n=143)	ACE Skor ≥1 (n=76)	Z/T	p değeri
Fiziksel Fonksiyon	95.94±6.55	93.94±8.80	-1.729	^a 0.084
Fiziksel Rol	95.14±16.07	91.44±21.81	-1.617	^a 0.106
Emosyonel Rol	92.58±24.36	86.84±30.34	-1.796	^a 0.072
Enerji/Vitalite	76.39±11.94	66.44±15.53	-5.272	^b ≤0.001**
Ruhsal Sağlık	82.82±10.36	73.68±13.95	-5.022	^b ≤0.001**
Sosyal İşlevsellik	89.68±16.33	87.50±20.10	-0.868	^b 0.386
Ağrı	92.53±11.46	87.13±14.19	-3.266	^a 0.001**
Genel Sağlık	78.42±10.21	72.50±15.58	-2.991	^b 0.003**

a: Mann-Whitney U Testi, b:Student T Testi. *p≤0.05, **p<0.01.

Katılımcıların ACE-TR ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt skorlarının arasındaki ilişki Tablo 4'de sunulmuştur. Buna göre ACE-TR skoru ile Enerji/Vitalite, Ruhsal Sağlık, Ağrı, Sosyal İşlevsellik ve Genel Sağlık skorları arasında negatif korelasyon bulunmuştur. Katılımcıların ACE-TR ve BDE, BAE, FOTÖ, YŞÖ, Otomatik Düşünceler Ölçeği ve/veya alt skorlarının arasındaki ilişki Tablo 5'de sunulmuştur. Buna göre ACE-TR skoru ile BDE, FOTÖ- Mükemmelci Tutum, FOTÖ-Bağımsız Tutum, FOTÖ-Değişken Tutum, FOTÖ-Toplam, YŞÖ- Kopukluk ve Reddedilmişlik, YŞÖ-Zedelenmiş Otonomi, YŞÖ-Zedelenmiş Sınırlar, YŞÖ- Diğerleri Yönelimlilik, YŞÖ- Yüksek Standartlar ve Otomatik Düşünceler Ölçeği skorları arasında pozitif korelasyon bulunmuştur.

TARTIŞMA

Çalışmamızın en önemli bulgusu, psikopatolojisi

olmayan üniversite öğrencilerinde çocukluğunda olumsuz yaşantısı olduğunu bildiren öğrencilerin otomatik düşünce, ara inanç ve uyumsuz şemaları, anksiyete, depresif belirtiler ve hayat kalitesi kesit-sel olarak değerlendirildiğinde ÇÇÖY'na sahip olma bir psikopatolojiye neden olmasa bile, hayat kalitesinde düşüklüğe, depresif ve anksiyete belirtilerinde, fonksiyonel olmayan tutumlarda ve otomatik düşüncelerde artışa ve uyumsuz şemaların şiddetinde artışa neden olduğu gösterilmiştir. Çalışmamız klinik olmayan bir örnekleme psikopatolojinin SCID-1 ve SCID-2 ve özgeçmiş sorgulama ile dışlanarak bildiğimiz kadarıyla yapılan ilk çalışmadır. Çalışmamız ÇÇÖY'lerin bir psikopatoloji bağlantısı olmasa bile yaşam kalitesini ve otomatik düşünce, ara inanç, şemalar gibi bilişsel katmanları her düzeyde etkilediğini göstermesi açısından literatüre katkı sağlamaktadır.

Çocukluk döneminde kötü muamele görme ve

Tablo 3. Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Envanteri, Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği, Young Şema Ölçeği ve Otomatik Düşünceler Ölçeği ve alt grup skorlarının ACE skoru 0 ve 1'den büyük olanların karşılaştırılması.

	ACE Skor 0 (n=143)	ACE Skor ≥1 (n=76)	Z/T	p değeri	
Beck Depresyon Envanteri Skoru	2.83±3.46	6.09±4.63	5.880	^b ≤0.001**	
Beck Anksiyete Envanteri Skoru	15.62±6.77	16.27±4.32	-2.514	^a 0.012*	
FOTÖ	Mükemmelci Tutum	35.08±11.28	39.84±11.01	2.994	^b 0.003**
	Onaylanma İhtiyacı	30.70±8.72	33.00±9.60	1.788	^b 0.075
	Bağımsız Tutum	17.48±6.14	18.90±5.00	1.738	^b 0.084
	Değişken Tutum	15.74±3.79	16.93±3.36	2.288	^b 0.023*
	Toplam	99.02±22.51	108.68±19.71	-3.316	^a 0.001**
	Kopukluk ve Reddedilmişlik	30.27±9.11	35.38±10.91	3.485	^b 0.001**
YŞÖ	Zedelenmiş Otonomi	27.72±9.09	31.18±8.83	-4.142	^a ≤0.001**
	Zedelenmiş Sınırlar	16.45±5.85	21.82±5.99	-6.077	^a ≤0.001**
	Diğerleri Yönelimlilik	25.47±7.82	32.09±7.99	5.912	^a ≤0.001**
	Yüksek Standartlar	37.93±10.88	42.68±9.86	3.172	^b 0.002*
Otomatik Düşünceler Ölçeği	36.01±8.09	43.63±13.59	4.482	^b ≤0.001**	

FOTÖ: Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği, YŞÖ: Young Şema Ölçeği, a: Mann-Whitney U Testi, b:Student T Testi. *p≤0.05, **p<0.01.

Tablo 4: SF-36 alt grup skorlarının ACE skoru arasındaki korelasyonların gösterilmesi

	ACE Skoru	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol	Emosyonel Rol	Enerji	Ruhsal Sağlık	Sosyal İşlevsellik	Ağrı
ACE Skoru	1							
Fiziksel Fonksiyon	-0.102	1						
Fiziksel Rol	-0.069	0.231**	1					
Emosyonel Rol	-0.109	-0.030	0.121	1				
Enerji	-0.365**	0.182**	0.089	0.172*	1			
Ruhsal Sağlık	-0.401**	0.116	0.023	0.229**	0.644**	1		
Sosyal İşlevsellik	-0.196**	0.075	-0.043	0.240**	0.317**	0.322**	1	
Ağrı	-0.206**	0.312**	0.239**	0.273**	0.266**	0.238**	0.406**	1
Genel Sağlık	-0.083	0.252**	0.110	0.364**	0.296**	0.283**	0.245**	0.294**

*p<0.05, **p<0.01.

olumsuz yaşam olayları; yaşam boyu tıbbi ve ruhsal sağlık problemlerine (3) yol açmakta ve suç işlemeye eğilimi artırmaktadır (5,7,8,12,13,59). Çocuklukta duygusal istismar çoğu zaman ebeveynin alkolik olması ve diğer ailevi sorunlar (60,61) gibi diğer istismar çeşitleri ile bir arada görülmektedir (62,63). Çalışmalarda, işlevsellikleriyle ilgili sorun yaşayan üniversite öğrencilerinin çocukluk döneminde aynı ev içinde birden fazla ÇÇÖY'nun bir arada bulunabileceği belirtilmektedir ve ailede alkolik ebeveyn varlığının hem bir ÇÇÖY olduğu hem de diğer ÇÇÖY'lerin oluşması için artmış bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (61,64,65). Çalışmamız, herhangi bir psikopatolojiye yol açmasa da çocukluk çağı olumsuz yaşantıları varlığının otomatik düşünceler, ara inançlar ve şemalarda değişikliklere yol açtığını ve depresyon, anksiyete düzeyleri ile yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini göstermiştir. Sağlıklı üniversite öğrencilerinde ÇÇÖY varlığı ÇÇÖY'su olmayan bireylere göre belirgin şekilde depresif ve anksiyete belirtilerinin şiddetini artırmaktadır. Aynı zamanda ÇÇÖY sayısındaki artış ile depresyonun şiddeti yüksek anlamlılık düzeyinde korelasyon göstermektedir. Bu sonuç literatürle uyumlu olup, ÇÇÖY varlığının ileride depresyon için bir yordayıcı olduğu belirtilmektedir (3,12,13,66).

Çalışmamızda literatür (61,66,67) ile uyumlu olarak ÇÇÖY miktarındaki artış ile fonksiyonel olmayan tutumlar toplam puan, mükemmeliyetçi, bağımsız ve değişken tutum şiddetlenmektedir. Benzer şekilde ÇÇÖY arttıkça negatif otomatik düşünce sıklığı da belirgin ölçüde artmaktadır (68). ÇÇÖY'su olmayan bireylerle karşılaştırdığımızda; negatif otomatik düşünceler ÇÇÖY'su olan bireylerde daha sıktır.

Literatürde ÇÇÖY'nun utanç, kusurluluk,

zedelenmiş sınırlar ve kendini feda etmekle ilgili şemalarının oluşmasına etki ettiği gösterilmiştir (69-74,74). İstismar veya ihmal edici ebeveynlik tutumları çocuğun kendilik algısını zedeleyerek bir hayal kırıklığı olduğu ve beklentileri karşılamadığı, sevgi ve ilgiye değmediği mesajını verir (75). Bu olumsuz çocukluk çağı deneyimleri kişide değersizlik, sevilmezlik, istenmezlik, yetersizlik, tehlikelilik veya sadece bir başkasının ihtiyaçlarını karşılamamanın önemli olduğu gibi bir kendini feda şemaları oluşturabilir (76,77). Çalışmamızda ÇÇÖY miktarı arttıkça tüm uyumsuz şemaların şiddeti istatistiksel olarak yüksek oranda artmaktadır. ÇÇÖY'si olmayan bireylerle karşılaştırıldığında ise ÇÇÖY'si olanlarda kopukluk ve reddedilmişlik (Duygusal yoksunluk, duyguları bastırma, sosyal izolasyon/güvensizlik, kusurluluk), zedelenmiş otonomi (İç içe geçme/bağımlılık, terk edilme, başarısızlık, karamsarlık, tehditler karşısında, dayanıksızlık), zedelenmiş sınırlar (Ayrıcalıklılık/yetersiz özdene-tim), diğerleri yönelimlilik (Kendini feda, cezalandırılma), yüksek standartlılık (Yüksek standartlar, onay arayıcılık) uyumsuz şemaları da oldukça anlamlı düzeyde yüksektir. Diğerleri yönelimli (kendini feda ve kendini cezalandırma uyumsuz şemaları) olan kişiler temelde kendi ihtiyaçlarının sevelebilmek için bastırılması gerektiğini düşünürler. Bu strateji sayesinde ebeveynleri duygusal olarak istismar edici veya ihmalkâr olan birey sevgi almak veya yok sayılmanın önüne geçmeye çalışabilir. (16,69,78,79).

Fiziksel, duygusal veya cinsel istismar ve ihmal, ev içindeki diğer aile bireylerindeki ruhsal problem veya depresyon varlığı, anne babanın boşanması veya ayrılması, içki problemi olan veya alkol ya da uyuşturucu kullanan bir aile bireyiyle yaşamak,

Tablo 5: ACE, Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Envanteri, Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği, Young Şema Ölçeği ve Otomatik Düşünceler Ölçeği ve alt grup skorlarının arasındaki korelasyonların sunulması.

	ACE			Beck			FOTO			YŞÖ						
	Beck Depresyon Envanteri	Beck Anksiyete Envanteri	Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği	Beck Depresyon Envanteri	Beck Anksiyete Envanteri	Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği	Mükemmelmeli Tutum	Onaylanma İhtiyacı	Bağımsız Tutum	Değişken Tutum	Toplam	Kopukluk ve Reddedilmişlik	Zedelenmiş Otonomi	Zedelenmiş Sınırlar	Diğerleri Yönelimsizlik	Yüksek Standartlar
ACE	1															
Beck Depresyon Envanteri Skoru	0.387**	1														
Beck Anksiyete Envanteri Skoru	0.080	0.384**	1													
Mükemmelmeli Tutum	0.163*	0.230**	0.269**	1												
Onaylanma İhtiyacı	0.100	0.295**	0.218**	0.617**	1											
Bağımsız Tutum	0.227**	0.121	0.108	0.224**	0.207**	1										
Değişken Tutum	0.177**	0.174**	0.175*	0.214**	0.158*	0.415**	1									
Toplam	0.215**	0.302**	0.286**	0.867**	0.813**	0.534**	0.453**	1								
Kopukluk ve Reddedilmişlik	0.293**	0.424**	0.397**	0.373**	0.289**	0.194**	0.272**	0.409**	1							
Zedelenmiş Otonomi	0.240**	0.446**	0.385**	0.496**	0.468**	0.183**	0.227**	0.534**	0.755**	1						
Zedelenmiş Sınırlar	0.281**	0.433**	0.322**	0.400**	0.287**	-0.006	0.031	0.329**	0.478**	0.528**	1					
Diğerleri Yönelimsizlik	0.362**	0.350**	0.447**	0.456**	0.557**	0.074	0.083	0.499**	0.490**	0.571**	0.544**	1				
Yüksek Standartlar	0.245**	0.381**	0.457**	0.503**	0.434**	0.120	0.101*	0.488**	0.644**	0.702**	0.616**	0.668**	1			
Otomatik Düşünceler Ölçeği	0.374**	0.513**	0.317**	0.320**	0.322**	0.177**	0.306**	0.396**	0.509**	0.516**	0.331**	0.341**	0.464**	1		

FOTO: Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği, YŞÖ: Young Şema Ölçeği, ^a: Mann-Whitney U Testi, ^b: Student T Testi. *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001.

aileden birinin hapse girmesi, annenin şiddet uygulaması gibi çocukluk çağı olumsuz yaşantıları eğer birey tarafından dünya, diğer insanlar ve kendilik ile ilgili genel bir negatif inanç olarak içselleştirilirse uzun dönem negatif etkileri olabileceği düşünülmektedir (5,61,64,69,71-75,80).

Çocukluk dönemi olumsuz yaşantıları; anksiyete, depresyon, düşük özgüven, ilişkiler arası hassasiyet, disosiyasyon, borderline kişilik örüntüleri gibi psikopatolojilerin yanı sıra (36,81-83) yaşam kalitesinde de bozulmaya yol açmaktadır (9,10,38,39). Bu çalışmada herhangi bir psikopatolojisi olmayan ve ÇÇOY'leri olan bireylerin hiçbir ÇÇOY'su olmayan bireylere göre yaşam kalitesi daha düşüktür. Çocukluk dönemi olumsuz yaşantıları varlığı herkeste bir psikopatolojiye yol açmasa da, yaşam kalitesini bozmakta ve psikopatolojiye yatkınlığa sebep olacak uyumsuz şemalar (70-72,74), ara inançlar (61,66,67) ve negatif otomatik düşünceler (68,84) gelişimine sebebiyet vermektedir. Aynı zamanda yaşam kalitesinin enerji/vitalite, ruhsal sağlık, genel sağlık ve ağrı ile ilgili alt başlıkları ÇÇOY'su olan bireylerde daha bozuktur. Bununla birlikte ÇÇOY miktarı arttıkça enerji/vitalideki, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı'nın şiddeti artmaktadır.

Çalışmamızın sonuçları bazı kısıtlamalar dahilinde değerlendirilmelidir; öncelikle çalışmaya dahil edilenlerin üniversite öğrencisi olmasının sonuçların genel popülasyona genellenmesinin önünde bir engel olduğu düşünülebilir. Diğer taraftan hastalara uygulanan ölçeklerin özbildirim türü olması, gönüllülerin manipülasyonuna neden olacağı gibi, sonuçların güvenilirliğini azaltacaktır. Bir diğeri ise katılımcılara uygulanan SCID-1 ve SCID-2 görüşmelerinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun sorgulanmamasıdır. Tüm bunlarla birlikte katılımcıların özgeçmişlerine yönelik ve madde kötüye kullanımı ile ilgili sorgulamaların beyan temelli olması ve kesitsel olması da bir kısıtlama olarak kabul edilmelidir.

Sonuç olarak herhangi bir psikopatolojiye sebep olmasa bile; ÇÇOY'leri olan kişilerin daha sık negatif otomatik düşünceleri, daha şiddetli fonksiyonel olmayan tutumları ve daha fazla ve şiddetli düzeyde uygunsuz şemaları mevcuttur. Bunların

yanı sıra ÇÇOY varlığı kişilerin yaşam kalitesini negatif olarak etkilemekte ve depresyon ve anksiyete şiddetini artırmaktadır. Psikopatolojiye sebep olsun ya da olmasın ÇÇOY'lerin varlığı ruh sağlığı alanında çalışan kişiler tarafından sorgulanmalı ve incelenmelidir. ÇÇOY'lerin bir psikopatolojiye sebebiyet vermeden de kişilerin yaşam kalitesini bozduğu ve psikopatolojilere bir yatkınlık oluşturduğu düşünülmektedir. Bu sonuçlar klinik müdahaleler için mutlaka bir psikopatolojinin ortaya çıkmasının gerekli olmadığını göstermektedir. Yapılabilecek müdahaleler ile kişilerin yaşam kalitesi artırılabilir, uygunsuz şemalar, fonksiyonel olmayan tutumlar ve negatif otomatik düşünceler üzerine çalışılmalıdır. Bu sonuçlar aynı zamanda literatür ile uyumlu olarak (16,35,85) ÇÇOY varlığının kişilerde depresyon ve anksiyete bozukluğuna, kişilik patolojilerine ve daha negatif otomatik düşünceler, ara inançlar ve şemalara sahip olmaya yatkınlık oluşturabileceğini düşünülmektedir.

Yazışma Adresi: Dr. Öğr. Üyesi, Anıl Gündüz, İstanbul Kent Üniversitesi, Klinik Psikoloji A. D., Türkiye
anilgndz@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Monnat SM, Chandler RF. Long Term Physical Health Consequences of Adverse Childhood Experiences. *Sociol Q.* 2015;56:723–52.
2. Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ, Dube SR, Edwards VJ, Anda RF. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *J Affect Disord.* 2004 Oct 15;82:217–25.
3. Taillieu TL, Brownridge DA, Sareen J, Afifi TO. Childhood emotional maltreatment and mental disorders: Results from a nationally representative adult sample from the United States. *Child Abuse Negl.* 2016;59:1–12.
4. DeLisi M, Alcalá J, Kusow A, Hochstetler A, Heirigs MH, Caudill JW, Trulson CR, Baglivio MT. Adverse Childhood Experiences, Commitment Offense, and Race/Ethnicity: Are the Effects Crime-, Race-, and Ethnicity-Specific? *Int J Environ Res Public Health.* 2017 22;14.
5. Fang X, Corso PS. Child maltreatment, youth violence, and intimate partner violence: Developmental relationships. *Am J Prev Med.* 2007;33:281–90.
6. Fox BH, Perez N, Cass E, Baglivio MT, Epps N. Trauma changes everything: examining the relationship between adverse childhood experiences and serious, violent and chronic juvenile offenders. *Child Abuse Negl.* 2015;46:163–73.
7. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.* 1998;14:245–58.
8. Kendall-Tackett KA. Treating the lifetime health effects of childhood victimization. Civic Research Institute, Inc.; 2003. pp. 1-426
9. Corso PS, Edwards VJ, Fang X, Mercy JA. Health-related quality of life among adults who experienced maltreatment during childhood. *Am J Public Health.* 2008;98:1094–100.
10. Tosevski DL, Milovancevic MP. Stressful life events and physical health. *Curr Opin Psychiatry.* 2006;19:184–9.
11. Brown DW, Anda RF, Tiemeier H, Felitti VJ, Edwards VJ, Croft JB, Giles WH. Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *Am J Prev Med.* 2009;37:389–96.
12. Malinosky-Rummell R, Hansen DJ. Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychol Bull.* 1993;114:68–79.
13. Paolucci EO, Genuis ML, Violato C. A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *J Psychol* 2001;135:17–36.
14. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach, Rev. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange; 1994. pp. 1-83
15. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. Guilford Press; 2003. pp. 1-21
16. Wright MO, Crawford E, Del Castillo D. Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse Negl.* 2009;33:59–68.
17. Beck AT. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. University of Pennsylvania Press; 1967, pp. 283-284
18. Beck AT. Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *Am Psychol.* 1991;46:368.
19. Gipple DE, Lee SM, Puig A. Coping and dissociation among female college students: Reporting childhood abuse experiences. *J Coll Couns.* 2006;9:33–46.
20. Li M-H, Nishikawa T. The relationship between active coping and trait resilience across US and Taiwanese college student samples. *J Coll Couns.* 2012;15:157–71.
21. Phasha N. Coping with an Experience of Child Sexual Abuse: Perspectives of Young Female Survivors in South Africa. In: *Sexual Abuse-Breaking the Silence.* InTech; 2012: 169
22. Toth SL, Cicchetti D. A Developmental Psychopathology Perspective on Child Maltreatment. *Child Maltreat.* 2013;18:135–9.
23. Briere J, Runtz M. Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse Negl* 1990;14:357–64.
24. Scott KL, Wolfe DA, Wekerle C. Maltreatment and trauma: tracking the connections in adolescence. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2003;12:211–30.
25. Mulder RT, Beautrais AL, Joyce PR, Fergusson DM. Relationship between dissociation, childhood sexual abuse, childhood physical abuse, and mental illness in a general population sample. *Am J Psychiatry.* 1998;155:806–11.
26. Arata CM, Langhinrichsen-Rohling J, Bowers D, O'Brien N. Differential correlates of multi-type maltreatment among urban youth. *Child Abuse Negl.* 2007;31:393–415.
27. Banyard VL, Cantor EN. Adjustment to college among trauma survivors: An exploratory study of resilience. *J Coll Stud Dev* 2004;45:207–21.
28. Holt MK, Felix E, Grimm R, Nylund-Gibson K, Green JG, Poteat VP. A latent class analysis of past victimization exposures as predictors of college mental health. *Psychol Violence.* 2017;7:521.
29. Sachs-Ericsson N, Verona E, Joiner T, Preacher KJ. Parental verbal abuse and the mediating role of self-criticism in adult internalizing disorders. *J Affect Disord* 2006;93:71–8.
30. Krause ED, Mendelson T, Lynch TR. Childhood emotional invalidation and adult psychological distress: The mediating role of emotional inhibition. *Child Abuse Negl.* 2003;27:199–213.
31. Traue HC, Kessler H, Deighton RM. Chapter 28 - Emotional Inhibition. In: Fink G, editor. *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior.* San Diego: Academic Press; 2016. pp. 233–40.
32. Abramson LY, Alloy LB, Hankin BL, Haefel GJ, MacCoun DG, Gibb BE. Cognitive vulnerability-stress models of depression in a self-regulatory and psychobiological context. Edited by Gotlib H., Hammen CL. Washington 2002; pp. 268-294
33. Gibb BE. Childhood maltreatment and negative cognitive styles: A quantitative and qualitative review. *Clin Psychol Rev.*

2002;22:223-46.

34. Gibb BE, Alloy LB, Abramson LY, Rose DT, Whitehouse WG, Donovan P, et al. History of childhood maltreatment, negative cognitive styles, and episodes of depression in adulthood. *Cogn Ther Res*. 2001;25:425-46.

35. Hankin BL. Childhood maltreatment and psychopathology: Prospective tests of attachment, cognitive vulnerability, and stress as mediating processes. *Cogn Ther Res*. 2005;29:645-71.

36. Rekart KN, Mineka S, Zinbarg RE, Griffith JW. Perceived family environment and symptoms of emotional disorders: The role of perceived control, attributional style, and attachment. *Cogn Ther Res*. 2007;31:419-36.

37. Sachs-Ericsson N, Kendall-Tackett K, Hernandez A. Childhood abuse, chronic pain, and depression in the National Comorbidity Survey. Vol. 31. 2007. 531 p.

38. Edwards VJ, Anda RF, Felitti VJ, Dube SR. Adverse childhood experiences and health-related quality of life as an adult. Edited by Kendall-Tackett KA. 2004; pp. 81-94

39. Rikhye K, Tyrka AR, Kelly MM, Gagne Jr GG, Mello AF, Mello MF, et al. Interplay between childhood maltreatment, parental bonding, and gender effects: Impact on quality of life. *Child Abuse Negl*. 2008;32:19-34.

40. Özkürkçügil A, Aydemir O, yıldız M, Esen-Danaci A, Köroğlu E. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. Adaptation into Turkish and Reliability of Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID). Vol. 12. 1999. 233

41. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB. User's guide for the Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders SCID-I: clinician version. American Psychiatric Pub; 1997.

42. Coşkunol H, Bağdiken İ, Sorias S, Saygılı R. SCID-II (Türkçe versiyonu) görüşmesinin kişilik bozukluklarındaki güvenilirliği. *Türk Psikol Derg*. 1994;9:26-9.

43. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Benjamin LS, Williams JB. Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders: SCID-II. American Psychiatric Pub; 1997.

44. Gunduz A, Yasar AB, Gundogmus I, Savran C, Konuk E. Adverse Childhood Events Turkish Form: validity and reliability study/Cocukluk Cagi Olumsuz Yasantilar Olcegi Turkce Formunun gecerlilik ve guvenilirlik calismasi. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2018;19:68-76.

45. Beck AT, Steer RA. Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *J Clin Psychol*. 1984;40:1365-7.

46. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin gecerliliği üzerine bir calis ma. *Turk J Psychol*. 1988;6:118-22.

47. Steer RA, Beck AT. Beck Anxiety Inventory, in *Evaluating stress: A book of resources*. Edited by Zalaquett CP, R. J. Wood RJ., 1997; pp. 23-40

48. Ulusoy M. Beck anksiyete ölçeğinin psikometrik özellikleri. *Uzm Tezi Istnab*. 1993;

49. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30:473-83.

50. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş AK. Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç Ve Tedavi Derg*. 1999;12:102-6.

51. Weissman AN, Beck AT. Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation. 1978;

52. Sahin NH, Sahin N. How dysfunctional are the dysfunctional attitudes in another culture? *Br J Med Psychol* 1992 ;65:17-26.

53. Baranoff J, Oei TP, Cho SH, Kwon S-M. Factor structure and internal consistency of the Young Schema Questionnaire (Short Form) in Korean and Australian samples. *J Affect Disord*. 2006;93:133-40.

54. Soygüt G, Karaosmanoğlu A, Çakir Z. Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Değerlendirilmesi: Young Şema Ölçeği Kısa Form-3'ün Psikometrik Özelliklerine İlişkin Bir İnceleme. *Türk Psikiyatri Derg*. 2009;20:75-84

55. Hollon SD, Kendall PC. Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cogn Ther Res*. 1980;4:383-95.

56. Şahin NH, Şahin N. Reliability and validity of the Turkish version of the automatic thoughts questionnaire. *J Clin Psychol*. 1992;48:334-40.

57. Kirkpatrick LA, Feeney BC. A simple guide to IBM SPSS: for version 20.0. Nelson education; 2012. pp. 1-220

58. Büyükoztürk Ş. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. Pegem Atıf İndeksi. 2017;pp. 1-213.

59. Putnam FW. Ten-year research update review: child sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42:269-78.

60. Dong M, Anda RF, Felitti VJ, Dube SR, Williamson DF, Thompson TJ, et al. The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse Negl*. 2004;28:771-84.

61. Harter SL, Vanecek RJ. Cognitive assumptions and long-term distress in survivors of childhood abuse, parental alcoholism, and dysfunctional family environments. *Cogn Ther Res*. 2000;24:445-472.

62. Higgins DJ, McCabe MP. Relationships between different types of maltreatment during childhood and adjustment in adulthood. *Child Maltreat*. 2000;5:261-72.

63. Higgins DJ, McCabe MP. Multi-type maltreatment and the long-term adjustment of adults. *Child Abuse Rev*. 2000;9:6-18.

64. Hall CW, Webster RE. Multiple stressors and adjustment among adult children of alcoholics. *Addict Res Theory*. 2007;15:425-434.

65. Harter SL, Taylor TL. Parental Alcoholism, Child Abuse, and Adult Adjustment. *J Subst Abuse*. 2000;11:31-44.

66. Morris MC, Kouros CD, Fox KR, Rao U, Garber J. Interactive models of depression vulnerability: The role of childhood trauma, dysfunctional attitudes, and coping. *Br J Clin Psychol Br Psychol Soc*. 2014;53:245-263.

67. Walsh K, Basu A, Monk C. The Role of Sexual Abuse and Dysfunctional Attitudes in Perceived Stress and Negative Mood in Pregnant Adolescents: An Ecological Momentary Assessment Study. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2015;28:327-332.

68. Stikkelbroek Y, Bodden DHM, Kleinjan M, Reijnders M, van Baar AL. Adolescent Depression and Negative Life Events, the Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation. *PLoS ONE*. 2016 ;11.
69. Calvete E. Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child Abuse Negl*. 2014;38:735–746.
70. Crawford E, Wright MO. The Impact of Childhood Psychological Maltreatment on Interpersonal Schemas and Subsequent Experiences of Relationship Aggression. *J Emot Abuse*. 2007;7:93–116.
71. Dutra L, Callahan K, Forman E, Mendelsohn M, Herman J. Core Schemas and Suicidality in a Chronically Traumatized Population. *J Nerv Ment Dis*. 2008;196:71.
72. Fisher HL, Appiah-Kusi E, Grant C. Anxiety and negative self-schemas mediate the association between childhood maltreatment and paranoia. *Psychiatry Res*. 2012;196:323–324.
73. Kaysen D, Scher CD, Mastnak J, Resick P. Cognitive Mediation of Childhood Maltreatment and Adult Depression in Recent Crime Victims. *Behav Ther*. 2005;36:235–244.
74. Lobbestael J, Arntz A, Sieswerda S. Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2005;36:240–253.
75. Bennett DS, Sullivan MW, Lewis M. Young children's adjustment as a function of maltreatment, shame, and anger. *Child Maltreat*. 2005;10:311–323.
76. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse Negl*. 2002;26:697–714.
77. Glaser D, Prior V. Predicting emotional abuse and neglect. In *Early prediction and prevention of child abuse: A handbook*. Edited by Browne K., Hanks H., Stratton P., Hamilton C., Wiley, 2002. pp. 118-130
78. Crawford E, Wright MO. The impact of childhood psychological maltreatment on interpersonal schemas and subsequent experiences of relationship aggression. *J Emot Abuse*. 2007;7:93–116.
79. Wright MO, Crawford E, Sebastian K. Positive resolution of childhood sexual abuse experiences: The role of coping, benefit-finding and meaning-making. *J Fam Violence*. 2007;22:597–608.
80. Bellow SM, Boris NW, Larrieu JA, Lewis ML, Elliot A. Conceptual and clinical dilemmas in defining and assessing role reversal in young child-caregiver relationships. *J Emot Abuse*. 2005;5:43–66.
81. Braver M, Bumberry J, Green K, Rawson R. Childhood abuse and current psychological functioning in a university counseling center population. *J Couns Psychol*. 1992;39:252.
82. Briere J, Runtz M. Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse Negl*. 1990;14:357–64.
83. Briere J, Runtz M. Childhood sexual abuse: Long-term sequelae and implications for psychological assessment. *J Interpers Violence*. 1993;8:312–30.
84. Flouri E, Panourgia C. Negative automatic thoughts and emotional and behavioural problems in adolescence. *Child Adolesc Ment Health*. 2014;19:46–51
85. Abramson LY, Alloy LB, Hankin BL, Haefffel GJ, MacCoon DG, Gibb BE. Cognitive vulnerability-stress models of depression in a self-regulatory and psychobiological context. In *Handbook of depression*. Edited by Gotlib IH, Hammen CL, New York, NY, US: The Guilford Press. 2002; pp. 268-294

Akıllı telefon bağımlılığı, genel aidiyet ve mutluluk arasındaki ilişkilerin yapısal eşitlik modellenmesi ile incelenmesi

The associations among smartphone addiction, general belongingness and happiness: A structural equation modelling

Hatice İrem Özteke Kozan¹, Mehmet Kavaklı², Mehmet Ak³, Şahin Kesici⁴

¹Dr.Öğr. Üyesi, ⁴Prof. Dr., Necmetin Erbakan Üniversitesi, Ahmet Keleşoğlu Eğitim Fakültesi, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık A.D., Konya, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-3516-4895>-<https://orcid.org/0000-0003-3823-5385>

²Psk., Necmetin Erbakan Üniversitesi, Aile ve Gençlik Uygulama ve Araştırma Merkezi, Konya, Türkiye <https://orcid.org/0000-0001-8876-3966>

³Prof. Dr., Necmetin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Psikiyatri A.D., Konya <https://orcid.org/0000-0003-1771-5654>

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı akıllı telefon bağımlılığı, genel aidiyet ve mutluluk arasındaki yordayıcı ilişkileri ortaya koymaktır. **Yöntem:** Araştırmanın çalışma grubunu farklı bölümlerde öğrenim gören toplam 312 üniversite öğrencisi oluşturmaktadır. Verilerin toplanması amacıyla Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği Kısa Formu, Oxford Mutluluk Ölçeği Kısa Formu, Genel Aidiyet Ölçeği kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkilerin ortaya konulmasında korelasyon analizi ve yapısal eşitlik modellenmesi kullanılmıştır. **Bulgular:** Bulgular akıllı telefon bağımlılığının mutluluk ile negatif yönlü ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Akıllı telefon bağımlılığı genel aidiyetin reddedilme boyutu ile pozitif yönlü ilişkili bulunmuştur ancak kabul edilme boyutu ile anlamlı ilişki bulunmamıştır. Mutluluk ise genel aidiyetin kabul edilme boyutu ile pozitif, reddedilme ile negatif yönlü ilişki bulunmuştur. Yol analizi sonuçları genel aidiyetin kabul edilme ve reddedilme boyutlarının akıllı telefon bağımlılığını pozitif yönde yordadığını göstermiştir. Kabul edilme ve reddedilme boyutları mutluluğu doğrudan yordadığı ve akıllı telefon bağımlılığının mutluluğu negatif yönde yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. **Sonuç:** Elde edilen sonuçlara göre akıllı telefon bağımlılığı ile genel aidiyet duygusu arasında pozitif, mutluluk ile negatif bir ilişki vardır. Ayrıca akıllı telefon bağımlılığı, mutluluk, kabul edilme ve reddedilme arasındaki yol analizine ilişkin oluşturulan modelin iyi uyum gösterdiği sonucu elde edilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Ait Olma, Ait Olma İhtiyacı, Akıllı Telefon Bağımlılığı, Mutluluk, Akıllı Telefon Kullanımı

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2019;22:436-444)

DOI: 10.5505/kpd.2019.87587

SUMMARY

Objective: The smartphone addiction has gained attention in recent years with the increase development in technology. People use smartphones for several purposes but this also result in pathological behavioral, emotional and cognitive problems. Aim of current study is to reveal the associations among smartphone addiction, general belongingness and happiness by using structural equation modelling. **Method:** Participants of study consists of 312 university students. In data collection process, "Smartphone Addiction Inventory Short Form-", "Oxford Happiness Scale" and "General Belongingness Scale" were used. In data analysis correlation analysis and structural equation modelling were used to reveal the associations among smartphone addiction, general belongingness and happiness levels of participants. **Results:** Results of study revealed a negative significant correlation between smartphone addiction and hapiness levels of participants. Moreover a positive significant correlation was found between smartphone addiction and rejection –the dimension of general belongingness-, whereas no significant correlation was found smartphone addiction and acceptance –the dimension of general belongingness-. Happiness levels of participants were found to be positively and significantly correlated with acceptance and negatively correlated with rejection. Path analysis showed that general belongingness predicted smartphone addiction in a positive way. General belongingness also predicted happiness directly and smartphone addiction negatively predicted happiness. **Discussion:** In sum, smartphone addiction was significantly correlated with both happiness and general belongingness levels of participants. Moreover, a structural equation model among the smartphone addiction, general belongingness and happiness revealed an acceptable fit indexes. Lastly, findings were discussed and suggestions were given in line with the theoretical background and literature.

Key Words: Belongingness, Need to Belong, Happiness, Smartphone Addiction, Smartphone Use

GİRİŞ

Mutluluk kavramı, ilk çağlardan bu yana araştırılmış ve ele alınmış olsa da bu kavramla ilgili bilimsel yaklaşımların hız kazanması 1980'lerden itibaren başlamıştır (1,2,3,4). Günümüzde de çoğunlukla mutluluğun belirleyicileri veya nasıl ölçüleceği özellikle psikoloji alanında yoğun ilgi görmektedir (5,6). Mutluluk kavramı pozitif psikoloji alanında öznel iyi oluş ile eş anlamlı kullanılmakta (6,7) olup en temel hali ile kişinin olumlu duyguları daha çok yaşarken, olumsuz duyguları daha az sıklıkta yaşaması olarak tanımlanabilir (7,8). Pozitif psikoloji alanının önemli araştırmacılarından Diener (1984) ise öznel iyi oluşu kişinin olumlu ve olumsuz duygularına yönelik genel değerlendirmeleri olarak tanımlamaktadır.

Neden bazı insanlar diğerlerinden daha mutludur sorusunun cevabı çeşitli araştırmacılar tarafından ele alınmış olup, konuyla ilgili olarak Lyubomirsky (2001) mutluluktaki bilişsel ve motivasyonel süreçlerini incelemek gerektiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca ona göre mutlu bireylerin yaşam olaylarına bakışı mutluluklarını ve kendilik değerlerini arttırırken, mutsuz bireyler mutsuzluklarını arttıracak yaşam olaylarına odaklanır. Temel olarak mutlu birey, genellikle pozitif duyguları deneyimleyen bireydir (11). Ancak bu pozitif duygular rastgele değildir ve mutluluk pozitif duyguların deneyimlenmesi ile başarı kazanır (12). Mutluluk ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde bu kavramın alanyazında yaşam doyumu (13,14), yalnızlık (15), şemalar (16,17) ve depresyon (18) gibi birçok kavramla çalışıldığı görülmektedir.

Mutluluğu hedonizm, arzu ve otantizm açısından ele alan yaklaşımlar incelendiğinde ise bu yaklaşımların hoşnutluk veren, istekler ve haz arttıran yaşam olaylarına odaklandıkları görülmektedir (19,20). Bu noktada kişinin mutluluk arayışında ve kaynaklarında psikolojik ihtiyaçların rolü de göz önüne çıkmaktadır. Baumeister ve Leary (1995)'ye göre insanlarda uzun süreli, olumlu ve önemli olabilecek kişilerarası ilişkileri oluşturma ve sürdürmeye yönelik her zaman hissedilen bir ait olma güdüsü vardır ve bu ait olma güdüsü bir ihtiyaçtır. Onlara göre kişinin ait olma

ihtiyacı olumlu duygulanımla artarken, olumsuz duygulanımla birlikte azalmaktadır.

Bireyin sosyal yaşamda en temel ihtiyaçlarından biri ilişki kurma ve ait olma ihtiyacıdır (22,23,24, 25,26,27,28). Ait olma kavramı birçok araştırmacı tarafından uzun yıllardan bu yana ele alınmakta (27,29,30) olup günümüzde "genel aidiyet" kavramı da ön plana çıkan kavramlardan birini oluşturmaktadır. Ait olma duygusu kişinin herhangi bir sistem ya da çevreye katılma deneyimidir ve böylece kişinin bu sistem ya da çevrenin bir parçası olmasıdır (31). Benlikle ilişkili bir yapı ve kişilerarası ilişkilerin temel bir bileşeni olarak aidiyet, bireyin kendini, içinde bulunduğu çevrenin anlamlı, değerli ve önemli bir parçası olarak algılaması şeklinde kavramlaştırılabilir. Aidiyet kişilerarası ilişki bağlamı içerisinde doyurulabilen bir gereksinimdir ve insanlar aidiyet gereksinimlerinin düzeyi açısından birbirlerinden farklılaşırlar (32). Günümüzde artan internet, sosyal medya ve akıllı telefon gibi teknoloji ürünlerinin kullanımı düşünüldüğünde kişinin ait olma ihtiyacının karşılandığı en temel alanlardan birinin internet, sosyal medya ya da telefon olduğu ortaya konulabilir. Seidman'e (2013) göre sosyal medya kişinin diğerleri ile iletişime geçtiği ve onlarla ilgili bilgi aldığı en temel alanlardan biridir. Bilgiye ulaşma hızının artması, sosyal medya güncellemeleri, bağlantıların takip edilmesi gibi birçok özellik, günümüzde akıllı telefonlar aracılığıyla sağlanabilmektedir. Çakır ve Oğuz'a (2017) göre eklenen yeni özellikler ve kolay taşınabilirlik gibi nedenlerden dolayı akıllı telefonlar gittikçe yaygınlaşmaktadır. Günümüzde, mobil uygulamalar, eğitim ve eğlence imkanları, dokunmatik ekranlar, navigasyon, kamera özellikleri, sosyal medyaya erişim ve mobil internet gibi özellikler akıllı telefonları günlük yaşamda vazgeçilmez hale getirmektedir (35, 34, 36, 41, 38). Türkiye'de internet ve akıllı telefon kullanımı ile ilgili olarak elde edilen Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre (TÜİK) 2017 yılında bireylerin %80.7'si interneti kendi evinde kullanmaktadır. Ayrıca aynı verilere göre 16-74 yaş arasındaki bireylerin %66.7'si internet kullanmaktadır. 2016 yılı TÜİK verilerine göre ise hanelerin %96.9'unda cep telefonu bulunmaktadır (39). Bu durum cep telefonlarının ve internetin günümüzde ülkemizde ne kadar yaygın olduğunun bir göstergesidir.

Akıllı telefonların günümüzde insan yaşamını kolaylaştıran birçok özelliğinin yanı sıra problematik kullanımı kişinin sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir (40). Kwon ve arkadaşlarına göre (2013) akıllı telefon bağımlılığı, internet bağımlılığına benzer birçok özellik içermektedir ve akıllı telefon bağımlılığında internet bağımlılığı kriterleri göz önüne alınmalıdır. Günümüzde internet kaynaklı bağımlılıklar incelendiğinde özellikle oyun bağımlılığı (42,43) ve sosyal medya bağımlılığı (44,45) gibi bağımlılık türleri ile ilgili çalışmalar giderek artmaktadır. Bunun yanı sıra akıllı telefon bağımlılığı ile ilişkili çalışmalarda da (36,38,46) son yıllarda artış görülmektedir.

Akıllı telefon bağımlılığı ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde son yıllarda depresyon (47,48), ait olma (49) ve mutluluk (50) gibi kavramlarla çalışıldığı görülmektedir. Ancak mutluluk, genel aidiyet ve akıllı telefon bağımlılığı arasındaki yordayıcı ilişkileri ortaya koyan herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Akıllı telefonların günümüzde özellikle gençlerin davranış problemlerindeki yeri ve önemi düşünüldüğünde bu araştırma ile ergenlik ve beliren yetişkinlik döneminin önemli bir yönünü oluşturan “Genel aidiyet duygusu” ile mutluluk arasındaki ilişkideki rolü ortaya konulmaya çalışılacaktır. Ayrıca ergenlik ve beliren yetişkinlik dönemi kişinin kimlik gelişimi ve sosyal ilişkileri açısından (51,52) aidiyet kavramının önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Günümüzün en temel problemleri arasında yer alan akıllı telefon bağımlılığının bireylerin mutluluk düzeyleri ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu araştırmada da akıllı telefon bağımlılığı, mutluluk ve genel aidiyet duygusu arasındaki yordayıcı ilişkilerin ortaya konulması amaçlanmaktadır.

YÖNTEM

Katılımcılar

Bu araştırma üniversitede öğrenim görmekte olan öğrenciler arasından araştırmaya katılım için gönüllü olan, halen psikiyatrik bir tanıyla tedavisi olmayan toplamda 91’i erkek (%29.2) ve 221’i kadın (%70.8) olmak üzere toplamda 312 öğrenci ile yapılmıştır (Ort. Yaş=21.13, S=1.80). Araştırma öncesinde çalışmaya katılmaya gönüllü olan

katılımcılara aydınlatılmış onam formu verilerek onamları alınmıştır. Veriler, akıllı telefon kullanımının aile, okul ve günlük yaşam faaliyetlerini olumsuz etkilediğini belirten ve bununla ilgili olarak yardım almak isteyen üniversite öğrencilerden toplanmıştır. Yardım almak isteyen öğrenciler bir devlet üniversitenin psikolojik destek merkezine başvurmuş ve gönüllü olarak araştırmaya katılmışlardır.

Veri Toplama Araçları

Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği Kısa Form: Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği bireylerin akıllı telefonlarına olan bağımlılıklarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin orijinali Kwon, Kim, Cho ve Yang (2013) tarafından geliştirilmiştir ve ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Noyan, Enez Darçın, Nurmedov, Yılmaz ve Dilbaz (2015) tarafından yapılmıştır. Toplamda 10 maddeden oluşan ölçek 6’lı Likert tipindedir. Bazı örnek maddeler, “Akıllı telefon kullanmaktan dolayı planladığım işleri aksattım” ya da “Akıllı telefonumu hedeflediğimden daha uzun süre kullandım” şeklindedir. Ölçek tek faktörlü bir yapı göstermektedir ve alınan puanlar 10-60 arasında değişmektedir. Puanların artması akıllı telefon bağımlılığının artması olarak yorumlanmaktadır. Ölçeğin tümünün iç tutarlık katsayısı .87 olarak bulunmuştur. Test tekrar test güvenilirlik katsayısı ise .93’tür.

Oxford Mutluluk Ölçeği Kısa Formu: Mutluluk Ölçeği toplamda 7 maddeden oluşmaktadır ve 5’li Likert tipindedir. Orijinali Hills ve Argyle (2002) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Doğan ve Akıncı Çötök (2011) tarafından yapılmıştır. Bazı örnek maddeler ise “Çevremdeki güzelliklerin farkına varırım” ve “Geçmişle ilgili mutlu anılara sahip değilim” şeklinde belirtilmiştir. Yapılan faktör analizi ölçeğin tek faktörlü yapıda olduğu ortaya koymuştur. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı .74 olarak test tekrar test güvenilirlik katsayısı ise .85 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınan yüksek puanlar mutluluk düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Genel Aidiyet Ölçeği: Orijinal olarak Malone, Pillow ve Osman (2012) tarafından geliştirilen ölçeğin

Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Duru (2015) tarafından yapılmıştır. Yapılan açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizlerinin ölçeğin iki faktörlü yapısını doğruladığı ifade edilmiştir. Ölçeğin kabul edilme ve reddedilme olmak üzere iki boyutu bulunmaktadır. Toplamda 12 maddeden oluşan ölçek 7'li Likert tipindedir ve örnek maddeler “İnsanlar beni önemsemiyormuş gibi hissediyorum” ve “Başkaları ile bir bağ kurduğumu hissediyorum” şeklindedir. Ölçeğin tümü için iç tutarlık katsayısı .92, kabul edilme boyutu için iç tutarlık katsayısı .89 olarak reddedilme boyutu içinse .91 olarak bulunmuştur. Ölçeğin madde toplam korelasyonlarının .48 ile .79 arasında olduğu ifade edilmiştir ve test tekrar test güvenilirlik katsayısı ölçeğin tümü için .84, kabul edilme boyutu için .70, reddedilme boyutu için ise .75 olarak bulunmuştur. Duru (2015) çalışmasında ölçeğin reddedilme boyutunu oluşturan maddelerin ters çevrilerek genel aidiyet duygusunu ölçtüğünü, bunun yanında ters puanları çevrilmeksizin alt boyutların ayrı ayrı da kullanılabilceğini ifade etmiştir. Bu araştırma kapsamında kabul edilme ve reddedilme boyutları kullanılmıştır.

İşlem

Araştırmada veri toplama amacıyla kullanılacak ölçeklerden oluşturulan bir ölçek bataryası yardımıyla veriler toplanmıştır. Ölçeklerin her katılımcıya aynı sırada verilmesi nedeniyle sona kalan ölçekler doldurulurken yorgunluk ya da motivasyon düşüklüğü gibi sorunlar ortaya çıkabilir. Bu durum sıra etkisi olarak adlandırılmaktadır (57). Sıra etkisinin önlenmesi amacıyla ölçeklerin farklı sıralarda verildiği toplamda üç batarya hazırlanmıştır. Ölçeklerle birlikte katılımcılara araştırma ile ilgili bilgilendirmenin ve çalışmaya katılma konusunda istekli olanların onamlarının yer aldığı aydınlatılmış onam formu verilmiştir. Ölçeğin uygulaması yaklaşık 10 dakika sürmüştür. Verilerin analizi amacıyla ilk

önce değişkenler arasındaki ilişkilerin belirlenmesi için korelasyon analizleri ardından AMOS paket programı kullanılarak yol analizi (path analysis) yapılmıştır. Yol analizi gözlenen ya da gizil değişkenler kullanılarak bu değişkenler arasındaki toplam, doğrudan, dolaylı etkilerin incelenmesini mümkün kılan istatistiksel bir tekniktir (58). Bu çalışma kabul edilme, reddedilme, akıllı telefon bağımlılığı ve mutluluk gizil değişkenleri ile yürütülmüştür.

BULGULAR

Araştırmada yer alan değişkenler arasındaki korelasyon analizi sonuçları Tablo 1’de gösterilmiştir. Tablo 1’den de görülebileceği gibi akıllı telefon bağımlılığı mutluluk ile negatif yönde ($r=-.24$, $p<.001$) anlamlı ilişkilidir. Akıllı telefon bağımlılığının Genel Aidiyet Ölçeği’nin reddedilme boyutu ile pozitif yönde anlamlı ilişkili olduğu ($r=.30$, $p<.001$) ancak kabul edilme boyutu ile anlamlı ilişki göstermediği saptanmıştır ($r=-.10$, $p>.05$). Mutluluğun kabul edilme boyutu ile pozitif yönde anlamlı ilişkili ($r=.55$, $p<.001$) olduğu reddedilme boyutu ile ise negatif yönde anlamlı ilişkili ($r=-.58$, $p<.001$) olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Gizil değişkenlerle yürütülen yol analizlerinin gözlenen değişkenlerle yürütülen yol analizlerine kıyasla daha güvenilir sonuçlar verdiği bilinmektedir (59). Bu gerekçeyle araştırmamızda yol analizi gizil değişkenlerle yürütülmüştür. Akıllı telefon bağımlılığı, mutluluk, kabul edilme ve reddedilme arasındaki yol analizine ilişkin oluşturulan modelin uyum indekslerinin başlangıçta yeterli (60, 61) düzeyde olmadığı görülmüştür (Model 1) (bakınız, Tablo 2). Model 1’in uyum indeksleri ($\chi^2/sd = 2.53$, $GFI=.81$, $AGFI=.78$, $TLI=.84$, $CFI =.86$, $SRMR=.12$ ve $RMSEA=.07$, $p<.001$) olarak bulunmuştur. Uyum indekslerinin yeterliliği ile ilgili farklı görüşler bulunmaktadır. Ki kare ve $RMSEA$ değerleri kabul edilebilir sınırlar içerisinde olmasına rağmen GFI , $AGFI$, TLI ve CFI değerlerinin tam olarak istenen seviyede olmaması nedeniyle modifikasyon indeksleri incelenmiştir ve modelde bazı iyileştirmelerin yapılabileceği görülmüştür. Bu iyileştirmeler dikkate alınarak Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği’nin 1-2, 4-5, 4-6 ve 5-6 maddeleri ile Oxford

Tablo 1. Araştırmada yer alan değişkenler arasındaki ilişkiler

	\bar{X}	SS	1	2	3	4
1. Akıllı Telefon Bağımlılığı	30.60	10.62	-	-.24***	-.10	.30***
2. Mutluluk	28.58	4.75		-	.55***	-.58***
3. Kabul edilme	34.48	5.71			-	-.60***
4. Reddedilme	14.51	6.45				-

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

Tablo 2. Test edilen modellerin uyum indeksleri

Model Uyum İndeksleri	Model 1	Model 2	Uyum Değerleri	
			Kabul edilebilir Uyum	İyi/Çok iyi Uyum
X ² /sd	2.53	1.75	0<X ² /sd<5	0<X ² /sd<3
RMSEA	.07	.05	0.00≤RMSEA≤0.10	0.00≤RMSEA≤0.05
SRMR	.12	.05	0.00≤SRMR≤0.10	0.00≤SRMR≤0.05
AGFI	.78	.85	0.85≤AGFI≤1.0	0.95≤AGFI≤1.0
GFI	.81	.88	0.85≤GFI≤1.0	0.95≤GFI≤1.0
IFI	.86	.93	0.90≤IFI≤1.0	0.95≤IFI≤1.0
TLI	.84	.92	0.90≤TLI≤1.0	0.95≤TLI≤1.0
CFI	.86	.93	0.90≤CFI≤1.0	0.95≤CFI≤1.0

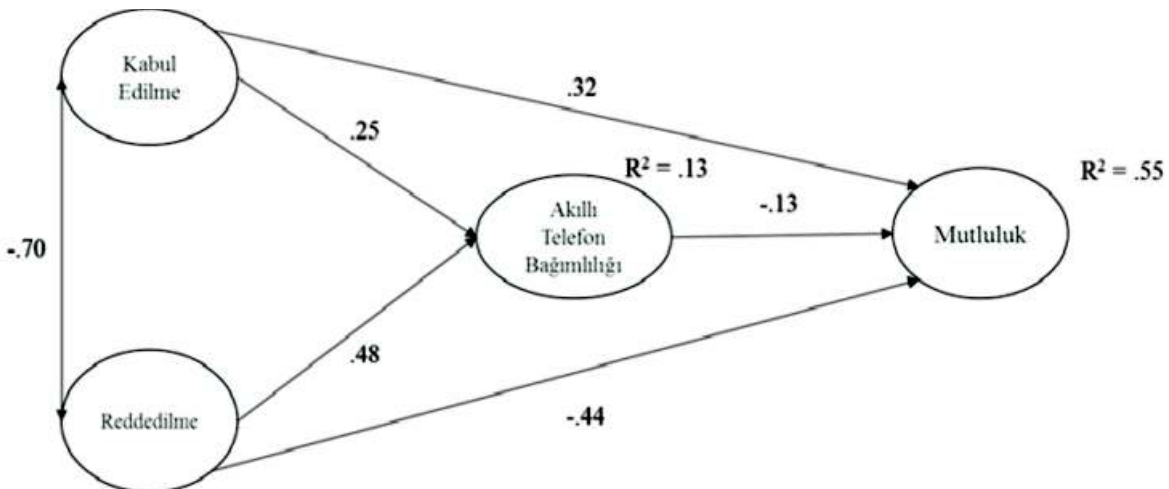
Not: X²: Ki-kare, Sd: Serbestlik derecesi, RMSEA: Tahminin kök hata kareler ortalaması, SRMR:

Standartlaştırılmış kök artık kareler ortalaması, AGFI: Düzeltilmiş uyum iyiliği indeksi, GFI: Uyum iyiliği indeksi, IFI: Artan uyum indeksi, TLI: Ölçeklendirilmemiş uyum indeksi, CFI: Karşılaştırmalı uyum indeksi

Mutluluk Ölçeği Kısa Formu'nun 5. ve 6. maddelerinin hata varyansları arasında kovaryanslar yapılmıştır.

Modifikasyon indeksinden yola çıkarak yapılan iyileştirmeler kuramsal açıdan uyumlu olacak şekilde yapılmıştır. Hata varyansları arasında kovaryans yapılan maddeler incelendiğinde benzer maddeler oldukları gözlenmiştir. Yapılan beş kovaryans bağlantısının ardından modelin (Model 2) uyum indekslerinin kabul edilebilir düzeye geldiği görülmüştür (bakınız Tablo 2) (58,59). Model 2'nin uyum indeksleri (x²/sd=1.75, GFI=.88, AGFI=.85, TLI=.92, CFI=.93, SRMR=.05 ve RMSEA=.05, p<.001) olarak bulunmuştur. Elde edilen bu sonuçlar akıllı telefon bağımlılığı, mutluluk, kabul edilme ve reddedilme arasında oluşturulan modelin kabul edilebileceğini göstermiştir. Bu yol analizine ilişkin beta katsayıları ve model Şekil 1'de verilmiştir.

Gerçekleştirilen yol analizine ilişkin elde edilen toplam, doğrudan ve dolaylı etkiler ile t değerleri Tablo 3'de gösterilmiştir. Yol analizinin sonuçları incelendiğinde genel aidiyetin hem kabul edilme ($\beta = .25$, $p < .05$) hem de reddedilme ($\beta = .48$, $p < .001$) boyutunun akıllı telefon bağımlılığını anlamlı düzeyde yordadığı görülmektedir. Kabul edilme ve reddedilme boyutları birlikte akıllı telefon bağımlılığına ilişkin toplam varyansın %13'ünü açıklamaktadır. Akıllı telefon bağımlılığı mutluluğu negatif yönde yordamaktadır ($\beta = -.13$, $p < .05$). Kabul edilme boyutu mutluluğu pozitif yönde yordarken ($\beta = .32$, $p < .001$) reddedilme boyutu ise negatif yönde yordamaktadır ($\beta = -.44$, $p < .001$). Genel aidiyetin kabul edilme ve reddedilme boyutları ile akıllı telefon bağımlılığı birlikte mutluluğa ilişkin toplam varyansın %55'ini açıklamaktadır. Reddedilme ve kabul edilme boyutlarının akıllı telefon bağımlılığı üzerinden mutluluğun üzerinde sınırlı da olsa ($\beta = -.06$, $\beta = .03$) dolaylı etkisinin olduğu görülmektedir.



Şekil 1. Kabul edilme, reddedilme, akıllı telefon bağımlılığı ve mutluluk arasındaki ilişkilere ilişkin yol analizi

Tablo 3. Akıllı telefon bağımlılığı, ait olma ve mutluluk arasındaki yol analizine ilişkin elde edilen değerler

Bağımlı Değişken	Yordayıcı Değişken	Toplam Etki	Doğrudan Etki	Dolaylı Etki	S. H.	t değeri
Akıllı telefon bağımlılığı ← Reddedilme		.48	.48	.0	.17	4.33***
Akıllı telefon bağımlılığı ← Kabul edilme		.25	.25	.0	.10	2.47*
Mutluluk ← Akıllı telefon bağımlılığı		-.13	-.13	.0	.03	-2.20*
Mutluluk ← Reddedilme		-.50	-.44	-.06	.08	-3.98***
Mutluluk ← Kabul edilme		.29	.32	-.03	.04	3.45***

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

TARTIŞMA

Bu çalışmada genel aidiyet, akıllı telefon bağımlılığı ve mutluluk arasındaki yordayıcı ilişkilerin ortaya konulması amaçlanmıştır. Yapılan korelasyon analizleri akıllı telefon bağımlılığının mutluluk ile negatif, reddedilme ile pozitif yönde ilişkili olduğunu ancak akıllı telefon bağımlılığının genel aidiyetin kabul edilme boyutu ile anlamlı ilişkili olmadığını ortaya koymaktadır. Bunun yanı sıra mutluluğun genel aidiyet ölçeğinin kabul edilme boyutu ile pozitif yönde anlamlı, reddedilme boyutu ile ise negatif yönde anlamlı ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu ilişkiler dikkate alınarak oluşturulan yol analizinde genel aidiyetin kabul edilme ve reddedilme boyutlarının akıllı telefon bağımlılığını pozitif yönde yordadığı tespit edilmiştir. Kabul edilme ve reddedilme boyutu tarafından yordanan akıllı telefon bağımlılığının da mutluluğu negatif yönde yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca kabul edilme boyutu mutluluğu doğrudan pozitif yönde yordarken reddedilme boyutu mutluluğu doğrudan negatif yönde yordamaktadır.

Yapılan araştırmalar incelendiğinde her ne kadar mutluluk ve akıllı telefon bağımlılığı arasındaki ilişkileri ortaya koyan çalışmalar az olsa da (62,63,64) internet bağımlılığı ve mutluluk alanyazında çalışılan kavramlardır (65,66,67,68). Örneğin, Kumcağız ve Gündüz (2016) yaptıkları araştırmada psikolojik iyi oluş ile akıllı telefon bağımlılığı arasında negatif bir korelasyon bulmuştur. Bu çalışmaya benzer olarak Nam ve diğerleri (2013) iyi oluş ve akıllı telefon bağımlılığı arasında negatif bir ilişki ortaya koymuştur. Ayrıca internet bağımlılığı ve öznel iyi oluş arasında alanyazında yapılan araştırmalar bu iki kavram arasındaki negatif ilişkilere işaret etmektedir (65, 67). Bütün bu sonuçlar araştırmamızda ulaşılan bulgular ile benzer niteliktedir. Ayrıca, internet

bağımlılığının depresyon gibi olumsuz bir duygu durumuyla pozitif ilişkisi olması (69,70) bu kavramın mutlulukla olan olumsuz ilişkisini açıklamakta önemli olabilmektedir. Ayrıca sosyal becerileri günlük yaşamda eksik olan bireylerin çevrim içi aktiviteleri sosyalleşmek için kullandıkları ve bu durumun da olumsuz yaşam olaylarına yol açabileceği düşünüldüğünde (71) internet bağımlılığının mutsuzluğa yol açabilecek negatif yaşam deneyimleri ile ilişkili olduğundan söz edilebilir.

Akıllı telefon bağımlılığı ile genel aidiyet duygusu arasındaki ilişki ele alındığında, bireylerin akıllı telefonlarında yürüttükleri faaliyetler önem kazanmaktadır. Bir birey akıllı telefonu aracılığıyla sosyal medya kullanırsa ve sosyal medya üzerinden de kabul edilme hissi yaşıyorsa yani ait olma ihtiyacını karşılıyorsa, bu durum kişinin akıllı telefon kullanımı için bir pekiştirici görevi görüyor olabilir. Akıllı telefon aracılığıyla elde edilen bu ihtiyaç tatmininin bir sonraki akıllı telefon kullanım olasılığını arttırarak akıllı telefon bağımlılığının gelişmesine neden olabileceği düşünülebilir. İlgili alanyazın incelendiğinde de özellikle sosyal medya kullanımı ile ait olma ve benlik değeri gibi ihtiyaçların karşılanabileceğinin ifade edildiği görülmektedir (72). Reddedilmenin akıllı telefon bağımlılığını pozitif yönde yordaması ise bireylerin reddedildiklerinde yaşadıkları olası olumsuz duyguları ve giderilemeyen ait olma ihtiyaçlarını karşılamak adına akıllı telefon kullanım oranlarının artabileceği şeklinde açıklanabilir. Reddedilme yaşayan ya da dışlanan bireylerin internete yönelerek psikolojik ihtiyaçlarını karşılamaya çalışabilecekleri ve bunun da internet bağımlılığına neden olabileceğinden de söz edilmektedir (73). Reddedilme yaşayan kişilerin bu nedenle akıllı telefon bağımlılığı geliştirebilecekleri düşünülebilir. Her ne kadar bireylerin akıllı telefonları ve internet aracılığıyla ait olma ihtiyaçlarını karşılayabilecekleri ifade edilse de akıllı telefon

bağımlılığının mutluluğu negatif yönde yordadığı görülmektedir. Bu sonuçtan hareketle akıllı telefon kullanımının bireylerin ait olma ihtiyaçlarının karşılanmasına yardımcı olabileceği ancak bağımlılık düzeyinde kullanılan akıllı telefonların bireylerin mutluluk düzeylerini olumsuz olarak etkileyebileceği ifade edilebilir. Young (1999) tarafından da ifade edildiği gibi internetin aşırı düzeyde kullanımı bireylerin aile, iş ve akademik yaşantılarını olumsuz yönde etkilemektedir. Akıllı telefonların ve bu cihazlar aracılığıyla internetin kompulsif bir şekilde kullanımı, tolerans gelişimine, kişilerarası sorunlara ve zaman yönetimi ile ilişkili problemlere neden olabilir (75).

Genel aidiyet ve mutluluk arasındaki ilişkiler incelendiğinde ise, kabul edilme düzeyi yüksek olan bireylerin ait olma ihtiyaçlarının karşılandığı ve mutluluk düzeylerinin buna bağlı olarak yükselebileceği ifade edilebilir. Öte yandan reddedilme boyutu yüksek olan, ilişkilerinde reddedilen ve ait olma ihtiyaçları karşılanamayan kişilerin mutluluk düzeylerinin düşük olacağı belirtilebilir. Örneğin, Leung, Kier, Fung, Fung ve Sproule (2013) yaptıkları çalışmada güçlü arkadaş bağlarının ve arkadaş sahibi olmanın mutlulukta önemli bir faktör olabileceğini ortaya koymuştur. Benzer olarak Zelenski ve Nisbet (2014) ilişkide bulunmanın mutluluğun önemli bir yordayıcısı olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Bu araştırma bulguları çalışmamızdan elde edilen sonuçlarla benzerlik göstermektedir.

Bu araştırma, üniversite öğrencileri ile sınırlı bir çalışmadır. Bireylerin akıllı telefon kullanımının bağımlılık düzeyi yalnızca ölçekle tanımlanmış ve klinik bir görüşme yapılmamıştır. İlişkisel değerlendirme yapıldığı için bağımlı ve bağımlı olmayan şeklinde iki grup ayrımı yapılmamıştır. Ancak gelecek çalışmalarda farklı popülasyon ve yaş gruplarında klinik görüşme ile bağımlı ve bağımlı olmayan diye ayrı gruplar oluşturularak incelemeler yapılabilir. Ayrıca çalışmada çalışılan değişkenler mutluluk, akıllı telefon bağımlılığı ve genel aidiyet duygusu ile sınırlıdır. Gelecekte farklı değişkenlerle yapılacak deneysel ve boylamsal çalışmaların yararlı olacağı düşünülmektedir.

SONUÇ

Bu çalışmada akıllı telefon bağımlılığı ile mutluluk arasında negatif yönlü korelasyonlar bulunmakta ve aidiyet duygusunun akıllı telefon bağımlılığında önemli bir rolü olduğu görülmektedir. Bireyler genellikle kabul edilme ve ilişki kurma ihtiyaçları açısından çeşitli sebeplerle akıllı telefonları ve interneti tercih edebilmektedir. Bu yüzden ergenlerin ve beliren yetişkinlerin sosyal ihtiyaçlarını sanal dünya yerine gerçek yaşamda karşılayabilecekleri ortamlar oluşturmak ve sosyal becerilerini arttırmak gerekmektedir. Aidiyet duygusu bireylerin sosyalleşmesi ve kişilik gelişimindeki en önemli olgulardan biridir. Bu yüzden özellikle ergenlikten itibaren aileler, öğretmenler ve alan uzmanları çocukların bu duygularını ortaya koyabilecekleri imkanlar oluşturmalarıdır. Akıllı telefon bağımlılığının mutluluğun önündeki bir engel olduğu düşünüldüğünde özellikle bu bağımlılığın önlenmesine yönelik ruh sağlığı çalışanları ve uzmanları gençlere gerekli bilinçlendirme çalışmaları yaparak bireysel ve grup çalışmalarına odaklanmaları yararlı olabilir.

Yazışma Adresi: Prof. Dr., Mehmet Ak, Necmetin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Psikiyatri Bölümü, Konya, Türkiye drmehmetak@gmail.com.

KAYNAKLAR

1. Baumeister RF, Campbell JD, Krueger JI, Vohs KD. Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psyc Sci Pub Int* 2003; 4: 1-44.
2. Kozma A, Stones MJ. The measurement of happiness: Development of the Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness (MUNSH). *J Gero* 1980; 35: 906-912.
3. Schwartz GE, Weinberger DA. Patterns of emotional responses to affective situations: Relations among happiness, sadness, anger, fear, depression, and anxiety. *Mot Emo* 1980; 4: 175-191.
4. Pavot W, Diener ED, Fujita F. Extraversion and happiness. *Pers Ind Dif* 1990; 11: 1299-1306.
5. Doğan T, Sapmaz F, Çötök NA. Öz-eleştiri ve mutluluk. *Kastam Eğit Derg* 2013;21:391-400.
6. Dost MT. Öznel İyi Oluş Ölçeği'nin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psi Dan Reh Derg* 2016;3:103-111.
7. Diener, E. Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist* 2000;55:34.
8. Myers DG, Diener E. Who is happy. *Psy Sci* 1995; 6: 10-19.
9. Diener E. Subjective well-being. *Psych Bul* 1984; 95: 542-575.
10. Lyubomirsky S. Why are some people happier than others? The role of cognitive and motivational processes in well-being. *Am Psy* 2001; 56: 239-249.
11. Diener E, Sandvik E, Pavot W. Happiness is the frequency, not the intensity, of positive versus negative affect. In F. Strack, M. Argyle, & N. Schwartz (Eds.), *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective* (p.p. 119-139). Oxford, UK: Pergamon, 1991.
12. Boehm JK, Lyubomirsky S. Does happiness promote career success? *J Car Ass* 2008; 16: 101-116.
13. Cohn MA, Fredrickson BL, Brown SL, Mikels JA, Conway AM. Happiness unpacked: Positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emo* 2009; 9: 361-368.
14. Sujarwoto S, Tampubolon G, Pierewan AC. Individual and contextual factors of happiness and life satisfaction in a low middle income country. *Appl Res Qua Lif* 2018; 13: 927-945.
15. Baiocco R, Verrastro V, Fontanesi L, Ferrara MP, Pistella J. The contributions of self-esteem, loneliness, and friendship to children's happiness: The roles of gender and age. *Chi Ind Res* 2018; 1-21.
16. Yalçın SB, Kavaklı M, Kesici Ş, Ak M. University students' early maladaptive schemas' prediction of their mindfulness levels. *J Edu Prac* 2017; 8: 174-181.
17. Yalçın SB, Ak M, Kavaklı M, Kesici Ş. Mutluluğun önündeki engel: Erken dönem uyumsuz şemalar. *Biliş Dav Psiko Araş Derg* 2018; 7: 7-13.
18. Cheng H, Furnham A. Personality, self-esteem, and demographic predictions of happiness and depression. *Per Ind Dif* 2003; 34: 921-942.
19. Seligman MEP. *Authentic Happiness*. New York, Free Press, 2002.
20. Seligman MEP, Royzman E. *Happiness: The three tradition-*
- al theories, *authentic Happiness Newsletter*, July 2003 (<http://www.authentichappiness.org/news/news6.html>).
21. Baumeister RF, Leary MR. The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin* 1995; 117, 497-529.
22. Arpacı I, Kesici Ş, Baloğlu M. Individualism and Internet addiction: The mediating role of psychological needs. *Int Res* 2018; 28: 293-314.
23. Deci EL, Ryan RM. *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York, Plenum; 1985.
24. Deci EL, Ryan RM. The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psych Inq* 2000; 1: 227-268.
25. Heckert TM, Cuneio G, Hannah AP, Adams PJ, Droste HE, Mueller MA ve diğ. Creation of a new needs assessment questionnaire. *J Soc Beh Per* 2000;15:121-1367.
26. Kesici Ş. Psychological needs as predictors of human values in high school students. *The Antr* 2015;19: 499-506.
27. Maslow A. *Motivation and Personality*. New York, Harper, 1954.
28. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psc* 2000; 55: 68-78.
29. Bowlby J. *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York, Basic Books, 1969.
30. Glasser W. *Choice theory: A new psychology of personal freedom*. New York, HarperCollins, 1998.
31. Hagerty BM, Lynch-Sauer J, Patusky KL, Bouwsema M, Collier P. Sense of belonging: a vital mental health concept. *Arch Psc Nurs* 1992; 6: 172-177.
32. Duru E. Genel Aidiyet Ölçeği'nin psikometrik özellikleri: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psi Dan Reh Derg* 2015; 5: 125-135.
33. Seidman G. Self-presentation and belonging on Facebook: How personality influences social media use and motivations. *Pers Ind Dif* 2013; 54: 402-407.
34. Çakır Ö, Oğuz E. Lise öğrencilerinin yalnızlık düzeyleri ile akıllı telefon bağımlılığı arasındaki ilişki. *Mersin Ü Eğt Fak Derg* 2017; 13: 418-429.
35. Aktaş H, Yılmaz N. Üniversite gençlerinin yalnızlık ve utangaçlık unsurları açısından akıllı telefon bağımlılığı. *Int J Soc Sci Ed Res* 2017; 3: 85-100.
36. Haug S, Castro RP, Kwon M, Filler A, Kowatsch T, Schaub MP. Smartphone use and smartphone addiction among young people in Switzerland. *J Beh Add* 2015; 4: 299-307.
37. Kwon M, Lee JY, Won WY, Park JW, Min JA, Hahn C ve diğ. Development and validation of a smartphone addiction scale (SAS). *Plo On* 2013; 8: e56936.
38. Samaha M, Hawi NS. Relationships among smartphone addiction, stress, academic performance, and satisfaction with life. *Comp Hum Beh* 2016; 57: 321-325.
39. Türkiye İstatistik Kurumu. www.tuik.gov.tr. Erişim tarihi: Ocak 21, 2019.
40. Enez-Darcin A, Kose S, Noyan CO, Nurmedov S, Yılmaz O,

- Dilbaz N. Smartphone addiction and its relationship with social anxiety and loneliness. *Beh Inf Tech* 2016; 35: 520-525.
41. Kwon M, Kim DJ, Cho H, Yang S. The Smartphone Addiction Scale: Development and validation of a short version for adolescents. *Plo On* 2013; 8: e83558.
42. Balakrishnan J, Griffith MD. Loyalty towards online games, gaming addiction, and purchase intention towards online mobile in-game features. *Comp Hum Beh* 2018; 87: 238-246.
43. Plante CN, Gentile DA, Groves CL, Modlin A, Blanco-Herrera J. Video games as coping mechanisms in the etiology of video game addiction. *Psych Pop Med Cult* 2018.
44. Hawi NS, Samaha M. The relations among social media addiction, self-esteem, and life satisfaction in university students. *Soc Sci Com Rev* 2017; 35: 576-586.
45. Turel O, Brevers D, Bechara A. Time distortion when users at-risk for social media addiction engage in non-social media tasks. *J Psychi Res* 2018; 97: 84-88.
46. Bian M, Leung L. Linking loneliness, shyness, smartphone addiction symptoms, and patterns of smartphone use to social capital. *Soc Sci Comp Rev* 2015; 33: 61-79.
47. Boumosleh JM, Jaalouk D. Depression, anxiety, and smartphone addiction in university students-A cross sectional study. *PL One* 2017; 12: e0182239.
48. Sim MY, Lee DN, Kim EH. A study on influential relations between stress and smartphone addiction among college students: with a focus on the mediating effects of depression and self-efficacy. *J Kore Aca-Inds Coo Soci* 2016; 17: 227-236.
49. Wang P, Zhao M, Wang X, Xie X, Wang Y, Lei L. Peer relationship and adolescent smartphone addiction: the mediating role of self-esteem and the moderating role of the need to belong. *J Beh Add* 2017; 6: 708-717.
50. Kim BM. The effect of happiness level on Internet addiction of early childhood education teachers: Focusing on the mediating effect of smartphone addiction. *Med-Leg Up* 2018; 18: 339-346.
51. Arnett JJ. Emerging adulthood: Understanding the new way of coming of age. *Emerging Adulthood: Coming of age in the 21st Century*, JJ Arnett, JL Tanner (Eds.) Washington, DC, American Psychological Association 2006; s.3-20.
52. Nelson MC, Story M, Larson NI, Neumark-Sztainer D, Lytle LA. Emerging adulthood and college-aged youth: An overlooked age for weight-related behavior change. *Obes* 2008; 16: 2205-2211.
53. Noyan CO, Darçın AE, Nurmedov S, Yılmaz O, Dilbaz N. Validity and reliability of the Turkish version of the smartphone addiction scale-short version among university students. *Anat J Psychi* 2015; 16: 73-81.
54. Hills P, Argyle M. The Oxford Happiness Questionnaire: A compact scale for the measurement of psychological well-being. *Per Ind Dif* 2002; 33: 1073-1082.
55. Doğan T, Akıncı Çötök N. Oxford Mutluluk Ölçeği Kısa Formu'nun Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psi Dan Reh Derg* 2011; 4: 165-172.
56. Malone GP, Pillow DR, Osman A. The general belongingness scale (GBS): Assessing achieved belongingness. *Pers Ind Dif* 2012; 52: 311-316.
57. Kolen MJ, Brennan RL. Test equating, scaling, and linking methods and practices, 3. baskı, New York, Springer, 2014.
58. Schumacker RE, Lomax RG. A beginner's guide to structural equation modeling, 3. baskı, New York, Routledge Taylor & Francis Group, 2010.
59. Karagöz Y. SPSS 23 ve AMOS 23 uygulamalı istatistiksel analizler, 1. Baskı, Ankara, Nobel Yayıncılık, 2016.
60. Hooper D, Coughlan J, Mullen MR. Structural equation modelling: guidelines for determining model fit. *Elec J Bus Res Met* 2008; 6: 53-60.
61. Sümer N. Yapısal eşitlik modelleri: temel kavramlar ve örnek uygulamalar. *Türk Psi Yaz* 200; 3: 49-74.
62. Dan H, Bae N, Koo C, Wu X, Kim M. Relationship of smartphone addiction to physical symptoms and psychological well-being among nursing students: Mediating effect of internet ethics. *J Kore Ac of Nurs Adm* 2015; 21: 277-286.
63. Kumcağız H, Gunduz Y. Relationship between psychological well-being and smartphone addiction of university students. *Int J Hig Ed* 2016; 5: 144-156.
64. Nam MH, Kim HO, Kwon YC. Factors influencing subjective happiness index of health behavior, smart phone addiction, suicidal ideation among college students. *J Dig Conv* 2013; 11: 557-569.
65. Akın A. The relationships between internet addiction, subjective vitality, and subjective happiness. *Cyberp Beh Net* 2012; 15: 404-410.
66. Ansari H, Ansari-Moghaddam A, Mohammadi M, Peyvand M, Amani Z, Arbabisarjou A. Internet addiction and happiness among medical sciences students in southeastern Iran. *Hea Scop* 2016; 5(2):e33600.
67. Çardak M. Psychological well-being and internet addiction among university students. *Turk On J Ed Tech (TOJET)* 2013; 12: 134-141.
68. Koç P. Internet addiction and subjective well-being in university students. *J Pos Psy Wellb* 2017; 1: 34-41.
69. Shaw LH, Gant LM. In defense of the Internet: The relationship between internet communication and depression, loneliness, self-esteem, and perceived social support. *Int Res* 2002; 28: 157-172.
70. YoungKS, Rogers RC. The relationship between depression and Internet addiction. *Cyber Beh* 1998; 1: 25-28.
71. Kim J, LaRose R, Peng W. Loneliness as the cause and the effect of problematic internet use: The relationship between Internet use and psychological well-being. *Cyb Beh* 2009; 12: 451-455.
72. Nadkarni A, Hofmann SG. Why do people use Facebook? *Pers Ind Dif* 2012; 52: 243-249.
73. Kavaklı M. Psikolojik dışlanma ile internet kullanma alışkanlıkları arasındaki ilişkide öz duyarlılığın aracı rolü. U. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2018.
74. Young K. Internet addiction: evaluation and treatment. *Stu Bri Med J* 1999; 7: 1-17.
75. Kesici S, Sahin İ. Turkish adaptation study of Internet Addiction Scale. *Cyb Beh Soc Net* 2010; 13: 185-189.
76. Leung A, Kier C, Fung T, Fung L, Sproule R. Searching for happiness: The importance of social capital, The exploration of happiness, Springer, Dordrecht, 2013: s. 247-267.
77. Zelenski JM, Nisbet EK. Happiness and feeling connected: the distinct role of nature relatedness. *Env Beh* 2014; 46: 3-23.

Travma sonrası stres bozukluğu hastalarında üstbilişlere ilişkin inançlar

Metacognitive beliefs of posttraumatic stress disorder patients

Nakşidil Yazıhan¹, Zekeriya Yelboğa²

¹Dr.Öğr. Üyesi, Çankaya Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, Ankara <https://orcid.org/0000-0001-9273-6303>

²Dr.Öğr. Üyesi, Cumhuriyet Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Sivas <https://orcid.org/0000-0001-7880-2247>

ÖZET

Amaç: Üstbiliş (metacognition) kavramı, bilişleri kontrol eden, düzenleyen ve değerlendiren üst düzey bilişsel yapı, bilgi ve süreçler olarak tanımlanabilir. Çalışmanın amacı Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) hastalarında hangi üstbiliş süreçlerinin kullanıldığını, üstbilişlerin çeşitli semptomlarla nasıl bir ilişki içinde olduğunu araştırmaktır. **Yöntem:** Örneklem, 52 TSSB hastası (yaş ortalaması=31,67±6,54) ve 54 sağlıklı (yaş ortalaması=29,00±6,61) katılımcıdan oluşmuştur. Üstbiliş süreçlerini değerlendirmek amacıyla Üstbiliş-30 ölçeği; semptom taraması yapmak amacıyla Ruhsal Belirti Tarama Listesi uygulanmıştır. **Bulgular:** Elde edilen veriler MANCOVA kullanılarak analiz edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre üzüntü ve zihinsel ruminasyonların tehlikeli, kontrolünün güç ve olumsuz olduğuna ilişkin inançları içeren "kontrol edilemezlik ve tehlike"; bazı düşüncelerin kontrol edilmesi ve bastırılması gerektiğine ilişkin inançları içeren "düşünceleri kontrol"; kişinin bellek ve dikkat mekanizmalarına olan güvensizliğine ilişkin inançları içeren "bilişsel güven" alt boyutlarında TSSB grubu anlamlı olarak daha yüksek puan almıştır. Buna karşın üzüntü ve ruminasyonun işlevsel olduğuna dair maddelerin yer aldığı "olumlu inanç" boyutlarında ise TSSB grubu daha düşük puan almıştır. **Sonuç:** Travma hastaları üzüntü ve ruminasyonun kendileri için olumsuz sonuçları olduğunu düşünmekte, bazı düşüncelerinin tehlikeli olduğu için baskılanması ve kontrol edilmesi gerektiğine inanmaktadırlar. Hastalarda başta obsesif, depresif ve psikotik belirtiler olmak üzere tüm semptomlardaki artış patolojik tarzda üstbiliş faaliyetlerinin artması şeklinde yansımıştır. Travma hastalarında obsesif düşünceler, öfke-düşmanlık, kişiler arası duyarlılık belirtileri daha büyük oranda hastaların düşüncelerinin tehlikeli olduğu ve kontrol edilmesi gerektiğine ilişkin üstbilişlerle ilişkili gözükmektedir.

Anahtar Sözcükler: Travma sonrası stres bozukluğu, travma, üstbilişler, semptom tarama

SUMMARY

Objective: The concept of metacognition can be described as metacognitive structures controlling, arranging and assessing the cognitions. The aim of this study was to investigate metacognitive beliefs and their relationship with the psychological symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) patients. **Method:** The sample consisted of 52 posttraumatic stress disorder patients (mean age=31,67±6,54) and 54 healthy participants (mean age=29,00±6,61). Metacognitive beliefs were measured through Metacognitive Questionnaire-30 which is accepted as a measuring device of metacognitive beliefs, metacognitive processes and judgment. To describe symptom profiles Symptom Checklist-90 was used. **Results:** Data were analyzed by using MANCOVA. PTSD group scores were significantly higher than control group for uncontrollability and danger (includes items that worry and rumination are negative, dangerous and difficult to control); need to control thoughts (includes items that some thoughts are need to be controlled and suppressed) and finally lack of "cognitive confidence" (includes items about problems related to memory and attention). On the other hand, positive beliefs about thoughts which involves the items related to the idea that worry and rumination is functional was lower among individuals with PTSD. **Discussion:** Trauma patients think that worry and rumination have negative consequences, and some thoughts need to be controlled and suppressed as they are dangerous. The elevation of clinical symptoms such as obsession, depression and psychotic symptoms were correlated with the increase of abnormal metacognitive beliefs. Thoughts are dangerous and need to be controlled, appear to be related to obsessive thoughts, anger and hostility and interpersonal sensitivity symptoms.

Key Words: Posttraumatic stress disorder, trauma, metacognition, symptom checklist

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2019;22:445-451)

DOI: 10.5505/kpd.2018.54154

GİRİŞ

Amerikan Psikiyatri Birliği'ne göre (1994) travmatik stres, ölüm veya ölüm tehdidi, ciddi yaralanma ya da olgunun kendisi yahut çevresindekilerin fiziksel bütünlüğüne tehdit sonucu duyulan yoğun korku ve çaresizlik durumudur (1). Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) yeniden yaşantılanma (flashbacks), kaçınma ve artmış uyarılmışlık olarak ifade edilen belirti grubu ile karakterizedir. Travmanın şiddeti, disosiyasyon, travma öncesi ve sonrasına ilişkin inançlar TSSB oluşumuna zemin hazırlayabilecek önemli faktörler olarak literatürde belirtilmektedir (2). Ek olarak TSSB hastalarında depresyon, madde kullanım bozukluğu, anksiyete bozuklukları gibi major bir psikiyatrik bozukluk tabloya eşlik etmektedir (3). Amerika'da yapılan geniş katımlı bir çalışma sonuçlarına göre erkek TSSB hastalarının %59'unda üç ve daha fazla eş tanı tespit edilmiştir (4). Bu eş zamanlı belirtiler hastalığın önemli özelliklerinden biri gibi gözükmektedir.

Üstbiliş (metacognition) kavramı, bilişleri kontrol eden, düzenleyen ve değerlendiren üst düzey bilişsel yapı, bilgi ve süreçler olarak tanımlanabilir. Üstbiliş kişinin kendi zihnindeki olay ve işlevlerin farkında olmasını, zihin olaylarını ve işlevlerini amaçlı yönlendirebilmesini içeren bir üst sistemdir (5, 6). Travma yaşantısı bağlamında kişinin kendisine ve aynı zamanda dünya ve diğer insanlara yönelik sahip olduğu işlevsel olmayan inançların varlığı başarılı bir travma sonrası işleyişin gidişatını bozmaktadır (7).

Wells ve Matthews'in (1994) Kendini Düzenleyici Yönetici İşlevler Teorisinde (The Self Regulatory Executive Function:S-REF) psikolojik bozuklukların ortaya çıkmasında ve devam etmesinde farklı üstbilişsel faktörlerin etkili olabileceği öne sürülmektedir (8). Psikolojik bozukluklarda ruminasyon, düşüncenin bastırılmaya çalışılması, kaçınma gibi adaptif olmayan başa çıkma yöntemleri sıklıkla kullanılmakta ve üstbilişsel boyutta bunların işlevsiz oldukları kişi tarafından fark edilememektedir. Bu teori bozuklukların gelişmesine ilişkin oluşturulan güncel modelleri etkileyerek depresif bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, anksiyete bozuklukları

ve TSSB'nin tedavi protokolleri içinde yerini almıştır (9).

Wells'in (2000) oluşturduğu üstbiliş modeli duygudurum ve anksiyete bozuklukları bağlamında bilişler ve duygular üzerine odaklanmıştır (5). Anormal ve aşırı miktarda düşünme, ruminasyon ve üzüntü (worry) baş etme stratejilerini olumsuz etkilemektedir. Adaptif olmayan üst bilişlerin travma hastalarında stres tepkilerini artırdığı bulunmuştur (10). Algılanan stres, anksiyete, depresyon ve üstbiliş ile ilişkili faktörler pozitif ilişkili bulunmuştur (11). Sonuç olarak anormal üstbilişsel faaliyetler duyguların normal şekilde işlenmesine engel olmakta ve klinik belirtilerin daha şiddetli algılanmasına yol açmaktadır. Bu bulgular ışığında, mevcut çalışmanın amacı çatışma travması olan bir grup TSSB hastalarında hangi üst-bilişsel faktörlerin etkili olduğunun ortaya konması ve bunların hangi semptom örüntüleriyle ilişkili olduğunun araştırılmasıdır.

YÖNTEM

Katılımcılar

Örnekleme, bir kamu hastanesi psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören 52 TSSB hastası ve 54 sağlıklı katılımcıdan oluşmuştur. Sağlıklı katılımcılar hastane personeli ve hasta refakatçilerinden oluşmuştur. Çalışmanın etik kurul onayı ve bütün katılımcılardan yazılı onam alınmıştır. Örneklemin tümü erkektir ve TSSB hastalarının hepsinin travma türü çatışma (combat) travmasıdır. TSSB örneklemini değişen sürelerde silahlı çatışma içinde aktif olarak bulunmuş silahlı kuvvetler personeli ve hali hazırda askerlik hizmetini icra eden sivillerden oluşmuştur.

İşlem

Tanısal görüşme, bir psikiyatrist tarafından, DSM-IV Eksen-I Tanıları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-I Disorder) (SCID-I) kullanılarak yapılmıştır. Klinik ölçekler psikolog tarafından uygulanmıştır. PTSD grubunu eş tanılarına göre gruplara ayırdığımızda her bir hücrede eşit

olmayan ve az sayıda katılımcı olduğundan, belirtiler bir ölçek ile betimlenmiş ve sürekli değişken olarak analizlere dahil edilmiştir. Bu bağlamda Ruhsal Belirti Tarama Listesi (Symptom Checklist 90-R: SCL 90-R) uygulanmıştır. Üstbiliş süreçlerini değerlendirmek amacıyla ise Üstbiliş-30 ölçeği uygulanmıştır.

Araçlar

Üstbiliş-30 Kısa Formu: Cartwright-Hatton ve Wells (1997) tarafından geliştirilen 60 maddelik ölçeğin orijinal adı “Meta-Cognitions Questionnaire (MCQ)” şeklindedir. Daha sonra Wells ve Cartwright-Hatton (2004) bu ölçeğin 30 maddelik kısa formu olan Üst Biliş Ölçeği-30 ÜBÖ-30) oluşturmuşlardır (12). ÜBÖ-30 psikopatolojilerle ilgili üstbilişsel modellerden yola çıkarak hazırlanmış ve bu nedenle psikopatolojilerdeki üstbilişleri değerlendirmeye uygun bir ölçektir. Geçerlik güvenilirlik çalışması ülkemizde yapılmıştır (13).

ÜBÖ-30'daki her madde, “[1] kesinlikle katılmıyorum” ile “[4] kesinlikle katılıyorum” uçlarına sahip, 4 birimli Likert tipi derecelendirme skalası üzerinden yanıtlanır. Ölçekten alınabilecek puanlar 30 ile 120 arasında değişir ve puanın yükselmesi patolojik tarzda üstbilişsel faaliyetin arttığına işaret eder.

ÜBÖ-30, kavramsal olarak birbirinden farklı, fakat birbiriyle ilişki içinde olan beş faktörden oluşmaktadır. Bu faktörler olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalıktır. Bu beş faktör üç temel özelliği değerlendirmektedir: olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançlar, düşüncelerini izlem ve bilişsel güvene ilişkin kararlardır.

1.Boyut, Olumlu İnançlar “Endişelenmek gelecekte problemlerden kaçınmama yardım eder”, “İyi çalışabilmek için endişelenmem gereklidir” gibi düşüncelerin olumlu algılandığı boyuttur. Bu boyut, kişinin üzüntü ve ruminasyonu problem çözme yöntemi olarak işlevsel görmesi, “normal” veya “olumlu” olarak değerlendirmesiyle ilgilidir.

2.Boyut, Olumsuz İnançlar: Kontrol edilemezlik ve tehlike “Düşüncelerimi kontrol etmeyi zor buluyorum”, “Endişelenmeye başlayınca durduramıyorum” ve “Benim için endişelenmek tehlikelidir” gibi üstbilişsel inançlardan meydana gelir. Bu boyuta göre kişiler üzüntünün ve ruminasyonun tehlikeli ve yorucu olduğuna inanmakta; “olumsuz” olarak değerlendirmekte ve kontrol edilmesinin çok güç olduğunu düşünmektedirler.

3. Boyut, Bilişsel Güven “Kötü bir hafızam vardır”, “Belli bir şeyi uzun süre aklımda tutmakta zorlanıyorum” gibi bildiği şeylerden ve belleğinden kişinin ne kadar emin olduğuyula ilişkili üstbilişsel inançlardan oluşur.

4. Boyut, Düşünceleri Kontrol İhtiyacı Kişinin bazı düşüncelere sahip olmasından dolayı ortaya çıkabilecek sonuçlardan korkması ve bunların bastırılması gerektiğine olan inançları ile ilişkilidir. “Endişeli düşüncelerimi kontrol etmezsem ve bu gerçekleşirse bu benim hatamdır”, “Belli düşüncelere sahip değilsem cezalandırılırım” gibi inançları içerir.

5. Boyut, Bilişsel Farkındalık Kişinin kendi düşüncelerini izlemesi ve düşünce sürecine odaklanmasına dair olan “bilişsel farkındalık” boyutudur. “Düşüncelerim hakkında çok düşünürüm”, “Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm” gibi görüşleri içerir.

Ruhsal Belirti Tarama Listesi 90-R (Symptom Checklist 90-R) SCL 90-R: Derogatis tarafından geliştirilmiş olan ölçek psikiyatrik belirtileri olan bireyleri, olmayanlardan ayırmak için kullanılmaktadır (14). Türkçe’de geçerlik/güvenirlik çalışması yapılmıştır (15). Ölçek psikiyatrik belirti ve yakınmaları içeren 90 maddeden ve 10 alt testten oluşmaktadır: somatizasyon, obsesif-kompulsif belirtiler, kişilerarası duyarlılık, depresyon, kaygı, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek maddeler. Deneklerden son 7 gün içinde bu maddelerde yer alan belirtileri ne düzeyde yaşadıklarını 5’li likert tipi ölçek üzerinde değerlendirmeleri istenir.

BULGULAR

Katılımcıların Özellikleri

TSSB olan olguların hepsi erkek katılımcı, yaşları 22-42 arasında ve yaş ortalaması (M) 31.67 ± 6.54 'dir. Sağlıklı grubun hepsi erkek katılımcı, yaşları 21-46 arasında ve yaş ortalaması 29.00 ± 6.61 'dir. ($t=2.091$; $p=0.039$)

TSSB grubunun sosyodemografik özelliklerine baktığımızda % 7'si ortaöğretim, % 52 lise, % 41'i üniversite mezundur. TSSB grubunun %29'u bekar, % 58'i evli, % 21'i eşinden ayrılmıştır. Bu gruptaki katılımcıların % 63'ü şehirde büyümüştür; % 36'sında intihar öyküsü vardır; %50'sinde (hafta da en az 3 kez) alkol kullanımı vardır; %70'inde sigara kullanımı vardır. TSSB grubunda travma türü "çatışma (combat)" travmasıdır ve tanı aldıkları ortalaması 7.41 ± 6.25 yıldır.

İstatistiksel Analizler

Gruplar arasında toplam üstbiliş puanı ve alt test puanları arasında fark olup olmadığını tespit etmek üzere Çok Değişkenli Kovaryans Analizi (Multivariate Analysis of Covariance: MANCOVA) yapılmıştır. Yaş, gruplar arasında istatistiksel olarak farklılaştığı için kovaryans olarak sonraki analizlere dahil edilmiştir (istatistiksel anlamlılık: $p < .05$). Grup farklarını gösteren analizler Tablo 1'dedir. [Wilks' Lambda=0.587, $F(6,98)= 11.48$,

$p < .001$, $\eta^2=0.41$]. TSSB grubunda Üst Biliş-30 toplam puanı ($F(1,103)=9.66$, $p < .001$, $\eta^2=0.22$), alt ölçeklerinden "üzüntüye ilişkin olumlu inançlar" [$F(1,103)=3.56$, $p=.017$, $\eta^2=0.09$], ve "kontrol edilemezlik ve tehlike" [$F(1,103)=16.83$, $p < .001$, $\eta^2=0.33$], "düşünceleri kontrol ihtiyacı" [$F(1,103)=4.68$, $p < .005$, $\eta^2=0.12$], "bilişsel güven eksiliği" [$F(1,103)=9.37$, $p < .001$, $\eta^2=0.21$] boyutları kontrollerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Sadece "bilişsel farkındalık" [$F(1,103)=0.466$, $p=.706$, $\eta^2=0.014$] alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir.

Ortalama ve grup farklarını gösteren MANCOVA Tablo 2'dedir [Wilks' Lambda: 0.200, $F(11,92)= 33.73$, $p < .001$, $\eta^2=0.80$]. Yaş, kovaryans olarak analizlere dahil edilmiştir. Grupların SCL 90-R toplam puanı [$F(1,102)=19.92$, $p < .001$, $\eta^2=0.16$] ve somatizasyon [$F(1,102)=12.20$, $p < .01$, $\eta^2=0.10$], obsesyonlar [$F(1,102)=19.37$, $p < .001$, $\eta^2=0.16$], kişiler arası duyarlılık [$F(1,102)=15.29$, $p < .001$, $\eta^2=0.13$], depresyon [$F(1,102)=13.12$, $p < .001$, $\eta^2=0.11$], kaygı [$F(1,102)=16.63$, $p < .001$, $\eta^2=0.14$], öfke-düşmanlık [$F(1,102)=20.48$, $p < .001$, $\eta^2=0.16$], fobik kaygı [$F(1,102)=20.30$, $p < .001$, $\eta^2=0.17$], paranoid düşünce [$F(1,102)=19.59$, $p < .001$, $\eta^2=0.14$], psikotizm [$F(1,102)=15.23$, $p < .001$, $\eta^2=0.13$] ve ek skala [$F(1,102)=13.83$, $p < .001$, $\eta^2=0.12$] puanları birbirinden farklıdır. TSSB grubunda alt testlerin ortalamalarına göre tüm alt ölçek puanları ikinin üzerindedir (Tablo2).

Tablo1. Üst Biliş-30 ölçek puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri ile MANCOVA Analizi sonuçları

	TSSB Ort, Sd	Kontrol Ort, Sd	F	p
Üstbiliş-30 toplam puanı	73,48±11,29	62,12±10,69	9,66	0,000***
Olumlu inançlar (üzüntü ve ruminasyona ilişkin)	10,59±3,54	11,70±3,22	3,56	0,017*
Kontrol edilemezlik tehlike (üzüntü ve ruminasyona ilişkin olumsuz inançlar)	17,40±4,08	12,20±3,63	16,83	0,000***
Bilişsel güven (belleğine güvenmeme)	15,55±5,13	11,09±3,82	9,37	0,000***
Düşünceleri kontrol ihtiyacı	15,44±3,36	12,96±3,50	4,68	0,004**
Bilişsel farkındalık	14,09±2,52	14,57±2,56	0,466	0,706

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

Tablo2. SCL-90 ölçek puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri ile MANCOVA Analizi sonuçları

	TSSB Ort, Sd	Kontrol Ort,Sd	F	p
SCL 90-R toplam	2,23±0,72	0,42±0,14	19,92	0,000
Somatizasyon	2,02±0,77	0,39±0,21	12,20	0,000
Obsesif-kompulsif	2,34±0,74	0,63±0,21	19,37	0,000
Kişilerarası duyarlılık	2,54±0,79	0,73±0,36	15,29	0,000
Depresyon	2,52±0,82	0,42±0,20	13,12	0,000
Kaygı	2,39±0,83	0,32±0,15	16,63	0,000
Düşmanlık	2,48±0,86	0,38±0,22	20,48	0,000
Fobik kaygı	1,87±0,93	0,15±0,13	20,30	0,000
Paranoid düşünce	2,03±0,85	0,46±0,19	19,59	0,000
Psikotizm	1,82±0,74	0,32±0,16	15,23	0,000
Ek Skala	2,32±0,70	0,44±0,22	13,83	0,000

SCL-90: Ruhsal Belirti Tarama Listesi-90 (Symptom Checklist-90)

SCL-90-R ve ÜBÖ-30 arasında ne tür bir ilişkinin olduğunun araştırılması için verilere Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Tekniği uygulanmıştır. SCL-90-R ve ÜBÖ-30 alt testleri arasında “yaş” değişkeni kontrol edildikten sonra $p < .05$ düzeyinde $r = .29$ ve $r = .69$ arasında değişen ilişki düzeyleri elde edilmiştir (Tablo3).

TARTIŞMA

Üst bilişleri değerlendiren ÜBÖ-30 ölçeği kişilerin ne düşündüklerinden çok nasıl düşündüklerini değerlendirmektedir. Analiz sonuçlarına göre üzüntü ve zihinsel ruminasyonların tehlikeli, kontrolünün güç ve olumsuz olduğuna ilişkin inançları içeren “kontrol edilemezlik ve tehlike”; bazı düşüncelerin kontrol edilmesi ve bastırılması gerektiğine ilişkin inançları içeren “düşünceleri kontrol”; kişinin bellek ve dikkat mekanizmalarına olan güvensizliğine ilişkin inançları içeren “bilişsel güven” alt boyutlarında TSSB grubu kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek puan almıştır. Buna karşın üzüntü ve ruminasyonun işlevsel olduğuna dair maddelerin yer aldığı “olumlu inanç” boyutlarında ise TSSB hastaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük puan almışlardır.

TSSB grubunun kontrollere benzer olduğu alt boyut ise düşüncelerinin izlenmesi ve farkındalığı ile ilişkili olan “bilişsel farkındalık” alt boyutudur. Hastalar, “olumlu inançlar” alt boyutunda kon-

trollerden düşük; “kontrol edilemezlik tehlike” (olumsuz inançlar) boyutunda kontrollerden yüksek puan almışlardır. Bir anlamda, TSSB hastaları kontrol grubundan daha fazla oranda üzüntünün ve ruminasyonun kendileri için olumlu olmadığına inanmaktadırlar. Ek olarak belki de TSSB hastaları zorlayıcı şekilde ortaya çıkan düşünceler ve görüntüler sebebiyle, bunlar üzerinde düşünmeyi bir baş etme stratejisi olarak faydalı bulmamaktadırlar.

Buna karşın, TSSB hastaları kontrol grubuna göre düşünceleri üzerinde daha fazla kontrollerinin olması gerektiğine ve düşünceleri üzerinde kontrollerini kaybetmenin tehlikeli sonuçlarının olabileceğine inanmaktadırlar. Bu bulgu Wells ve Bennett’in (2010) çalışma sonuçlarını desteklemektedir (16). Bu çalışmada daha önceki çalışmalardan farklı olarak klinik belirtiler ile üstbilişlerin ilişkisi alanyazında ilk defa araştırılmıştır. Bulgularımıza göre düşüncelerin kontrol edilememesi ve bunun tehlikeli olduğu inancı klinik belirtilerden sırasıyla kişilerarası duyarlılık, öfke-düşmanlık, obsesyonlar ve depresyon ile yüksek pozitif korelasyon göstermiştir.

İnsanlarda korku yanıtlarının gelişmesi ve sürmesi kısmen travmatik stresörün kestirilemez ve/veya kontrol edilemez olup olmadığına dayanmakta olup, olayın kestirilebilirliğinin ve kontrol edilebilirliğinin artması, stresörün sıkıntı verici yanını azaltmaktadır (17). Travma mağdurlarının yoğun duygusal veya fizyolojik tepki uyandıran ve travmayı hatırlatan çok sayıda gündelik anıyla karşı-

Tablo3. SCL-90 ve MSQ- 30 alt boyut puanlarının Pearson Korelesyon Analizi sonuçları

		Üstbiliş toplam	Olumlu inançlar	Kontrol edilemezlik tehlike	Bilişsel güven	Düşünceleri kontrol ihtiyacı	Bilişsel farkındalık
SCL 90-R toplam	r	0.645	0.008	0.671	0.498	0.466	0.122
	p	<0.001	=0.953	<0.001	<0.001	=0.001	=0.395
Somatizasyon	r	0.505	-0.014	0.530	0.442	0.356	-0.058
	p	=0.003	=0.922	=0.001	=0.001	=0.010	=0.688
Obsesif-kompulsif	r	0.685	0.123	0.675	0.448	0.535	0.206
	p	<0.001	=0.388	<0.001	=0.003	<0.001	=0.148
Kişilerarası duyarlılık	r	0.666	0.076	0.716	0.450	0.469	0.191
	p	<0.001	=0.594	<0.001	=0.002	=0.001	=0.179
Depresyon	r	0.644	-0.083	0.667	0.572	0.435	0.147
	p	<0.001	=0.765	<0.001	<0.001	=0.001	=0.302
Kayı	r	0.577	-0.018	0.619	0.474	0.353	-0.122
	p	p=0.001	=0.902	<0.001	=0.001	=0.011	=0.393
Öfke	r	0.490	-0.092	0.669	0.269	r=0.418	0.128
Düşmanlık	p	p=0.005	=0.521	<0.001	=0.056	p=0.002	=0.371
Fobik kaygı	r	0.331	-0.067	r=0.464	0.229	0.244	-0.046
	p	=0.018	=0.642	=0.003	=0.106	=0.084	=0.747
Paranoid düşünce	r	0.531	0.121	r=0.575	0.287	0.420	0.095
	p	=0.001	=0.398	<0.001	=0.041	=0.002	=0.506
Psikotizm	r	0.624	0.220	0.509	0.462	0.428	0.070
	p	<0.001	=0.120	<0.001	<0.005	=0.002	=0.627
Ek sakala	r	0.614	-0.051	0.611	0.595	0.377	0.078
	p	<0.001	=0.724	<0.001	<0.001	=0.006	=0.587

SCL-90: Ruhsal Belirti Tarama Listesi-90 (Symptom Checklist-90); MSQ-30 Üstbiliş Ölçeği

karşıya gelmesi onlarda zihinsel kontrolün kaybedildiği ve bunun da tehlikeli olduğu inancını doğurmaktadır. TSSB hastalarının engel olmakta zorlandıkları zorlayıcı düşünceler ve anılar inhibisyon mekanizmasındaki bozulmanın doğal sonuçları olarak gözükmektedir (18). TSSB grubu zihinsel kontrollerini kaybetmenin tehlikeli olduğunu düşünmekte ve ruminasyon ve üzüntüyü “olumsuz” olarak algılamaktadırlar.

TSSB hastalarında travmaya ilişkin anıların ve düşüncenin baskılanmaya çalışılması istenmeyen zorlayıcı düşüncelerin tekrarlamasına (rebound) yol açmaktadır (19). Boylamsal çalışmalarda supresyonun derecesini hastalığın şiddeti için önemli bir yordayıcı olarak bulunmuştur (20). Belirtilerin nasıl yorumladığı ve bilişsel kontrol stratejileri TSSB şiddeti hakkında da bilgi verebilir (7). Bu bağlamda da hastaların düşüncelerini ne kadar tehlikeli buldukları ve bunları ne şekilde kontrol etmeye çalıştıklarını gösteren üstbilişler hastalığın seyrinde önemlidir. Özellikle bu boyutların algılanan stres ve bu strese ilişkin kişinin yorumlarını, duygularını ve tepkilerini doğrudan etkilediği ve belirtilerin dirençli şekilde devam etmesinde çok önemli rolü olduğu

düşünülmektedir (11).

Ek olarak bulgularımıza göre TSSB grubu zihinsel kapasitelerine ve bellek süreçlerine kontrollerden daha az güvenmektedirler ve en fazla ilişki içinde olan belirtiler depresyon ve ek skala olarak tespit edilmiştir. Bilişsel güven eksikliği kısır döngüsel şekilde bu stratejilerin abartılı kullanılmasına zemin hazırlıyor ve etkili baş etme stratejilerinin kullanımını sınırlıyor olabilir.

Sonuç olarak, travma hastaları üzüntü ve ruminasyonun kendileri için olumsuz sonuçları olduğunu düşünmekte, bazı düşüncelerinin tehlikeli olduğu için baskılanması ve kontrol edilmesi gerektiğine ancak bunun çok güç olduğuna inanmaktadırlar. Hastalarda başta obsesif, depresif ve psikotik belirtiler olmak üzere tüm semptomlardaki artış patolojik tarzda üstbiliş faaliyetlerinin artması şeklinde yansımıştır. Travma hastalarında obsesif düşünceler, öfke-düşmanlık, kişiler arası duyarlılık belirtileri daha büyük oranda hastaların düşüncelerinin tehlikeli olduğu ve kontrol edilmesi gerektiği ama kontrolünün de zor olduğuna ilişkin üstbilişlerle ilişkili gözükmektedir. Yukarıda bahsi geçen üstbilişlerin varlığı hastalığın seyrine de etki

eden önemli bir faktör olarak gözükmektedir. Klinik olarak önemli olduğu vurgulanan üstbilişlerin takip çalışmaları bağlamında ele alınması konunun daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayacaktır.

Çalışmanın çeşitli sınırlılıkları vardır. Travma hastalarının farklı tedaviler alması ve tedavilerinin farklı aşamalarda olması bir sınırlılıktır. Tüm örneklem erkek olması ve tek tür travmatik yaşantının (çatışma travması) olması grubun homojenliği için bir avantaj olsa da sonuçları genellemekte sınırlılık yaratmaktadır. Bu sınırlılıklar gelecekte yapılacak olan çalışmalar için

yönlendirici olmaktadır. Özellikle farklı travmatik yaşantıları olan hastalarda üstbilişlerin boylamsal olarak değerlendirilmesinin alanyazına önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Yazışma Adresi: Dr. Öğr. Üyesi Nakşidil Yazihan, Çankaya Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, Ankara
nyazihan@cankaya.edu.tr

KAYNAKLAR

1. Amerikan Psikiyatri Birliği, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV) Köroğlu E (Çeviri ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1995.
2. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of post-traumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin* 2003;129: 52–73.
3. Rytwinski NK, Scur MD, Feeny NC, Youngstrom EA. The co-occurrence of major depressive disorder among individuals with posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *J Trauma Stress* 2013;26:299-309.
4. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arc Gen Psychiatry* 1995;52:1048-1060.
5. Wells, A. *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, United Kingdom: Wiley, 2000.
6. Wells A, Sembi S, Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2004; 35: 307–318.
7. Foa EB, Ehlers A, Clark DM, Tolin DF ve Orsillo SM. The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Journal of Psychological Assessment* 1999;11:303–314.
8. Wells A, Davies M. The Thought Control Questionnaire: a measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy* 1994;32:871-878.
9. Corcoran KM, Segal ZV. Metacognition in depressive and anxiety disorders: current directions. *International Journal of Cognitive Therapy* 2008;1:33–44.
10. Roussis, P, Wells A. Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Personality and Individual Differences* 2006;40:111–122.
11. Spada MM, Nikcevic AV, Moneta GB, Wells A. Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Personality and Individual Differences* 2008;44:1172-1181.
12. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy* 2004;42:385–396.
13. Tosun A, Irak M. Adaptation, validity and reliability of the Meta-cognitions Questionnaire-30 in Turkish culture; and its relationships with anxiety and obsessive-compulsive symptoms. *Turkish Journal of Psychiatry* 2008;19:67-80.
14. Derogatis LR. *SCL-90: Administration, Scoring and Procedure Manual-1 for the revised version*. Baltimore: Johns Hopkins University, 1977.
15. Dağ İ. Belirti tarama listesinin (SCL-90-R) üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991;2:5-12.
16. Bennett H, Wells A. Metacognition, memory disorganization and rumination in posttraumatic stress symptoms. *Journal of Anxiety Disorders* 2010;24:318-325.
17. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy* 2000;38:319–345.
18. Falconer E, Bryant R, Felmingham KL, Kemp HA, Gordon E. The neural networks of inhibitory control in posttraumatic stress disorder. *J Psychiatry Neurosci* 2008;33:413-422.
19. Ehlers A, Steil R. Maintenance of intrusive memories in posttraumatic stress disorder: A cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 1995;23: 217–249.
20. Ehring T, Ehlers A, Glucksman E. Do cognitive models help in predicting the severity of posttraumatic stress disorder, phobia and depression after motor vehicle accidents? A prospective longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2008;76: 219 –230.

Sosyal anksiyete bozukluğunda aleksitimi ve sempatik deri yanıtları üzerine ilaç ve psikodrama grup terapilerinin etkileri

The effects of drug and psychodrama group therapy on alexithymia and sympathetic skin responses in social anxiety disorder

Nalan Kalkan Oğuzhanoğlu¹, Mustafa Bayraktutan², Gülfizar Sözeri Varma¹, Tuğçe Toker Uğurlu³

¹Prof. Dr., ³Dr. Öğr. Üyesi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri A.D., Denizli, Türkiye

<https://orcid.org/0000-0003-3842-2711>-<https://orcid.org/0000-0001-9445-3155>-<https://orcid.org/0000-0001-5864-4229>

²Uzm. Dr., Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi, Edirne, Türkiye <https://orcid.org/0000-0001-5864-4229>

ÖZET

Amaç: Sosyal anksiyete bozukluğunda (SAB) duygu tanıma, ifade ve ayırt etme düzeylerinin ve sempatik deri yanıtlarının (SDY) araştırılması, ilaç ve psikodramatik grup terapilerinin etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışmaya 32 SAB olan hasta ve 16 sağlıklı kontrol katılmıştır. SAB grubunda 16 hasta sadece ilaç tedavisi alırken (SAB-I), 16 hastaya ilaç tedavisine ek psikodramatik grup terapisi uygulanmıştır (SAB-II). Katılımcılar Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20), Yüzde Dışa Vuran Duyguları Tanıma ve Ayırt Etme Testleri (YDTT, YDAT) ile değerlendirilmiş, YDTT uygulaması esnasında SDY ölçümleri yapılmıştır. **Bulgular:** Tedavi öncesi SAB-I ve SAB-II gruplarında ölçek puanları kontrol grubuna göre yüksek bulundu. Tedavi sonrası SAB gruplarında LSAÖ puanları azalmış olmakla birlikte kontrol grubuna göre yine yüksekti. Tedavi sonrası gruplar arasında TAÖ, YDTT ve YDAT puanlarında farklılık saptanmadı. SAB hastalarının tedavi öncesi kontrol grubuna göre SDY'leri yüksekti, negatif uyaranlara karşı daha fazla otonom aktivite gözlemlendi, pozitif uyaranlara karşı duyarlılık daha azdı., Tedavi sonrasında oluşan SDY'de azalma olduğu saptandı. Grup terapisinde hastalar iletişimin farklı şekillerini deneyimleme, anksiyete yaşadıkları durumlar ve eşlik eden bedensel belirtiler konusunda farkındalık sağlama olanağı buldu. Grup terapisine katılan hastalar duyguları tanıma konusunda ilaç tedavisi alanlara göre daha fazla gelişme gösterdiği saptandı. **Sonuç:** Hem ilaç hem de ilaca eklenen grup terapisi anksiyete belirtilerinin azalmasını, duyguları tanıma ve ayırt etme becerilerinin artmasını sağlamıştır. Sonuçlarımız grup terapilerinin diğerlerinin duygularını tanıma konusunda daha fazla yarar sağladığını göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: Sosyal anksiyete, aleksitimi, sempatik deri yanıtı

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2019;22:452-462)

DOI: 10.5505/kpd.2019.43265

SUMMARY

Objective: The aim of this study was to evaluate the levels of emotion recognition, expression and discrimination, and sympathetic skin responses (SSR), the effects of drug and psychodramatic group therapy on social anxiety disorder (SAD). **Method:** The study included 32 patients with SAD and 16 healthy controls. Sixteen patients in the SAD group received only medication (SAD-I), 16 patients underwent additional psychodramatic group therapy (SAD-II). Participants were applied Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS), Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Facial Emotion Identification and Discrimination tests (FID, FDSC); during the application FID, sympathetic skin responses were measured. **Results:** The scores of SAD-I and SAD-II groups were higher than the control group before the treatment. Although LSAS scores were decreased in SAD groups after treatment, it was still higher than the control group. There was no difference in TAS-20, FID and FDSC scores between the groups after the treatment. Patients with SAD compared to control group SSR rates were found higher before the treatment, more autonomous activity to negative stimuli, sensitivity to positive stimuli was less than control group, after the treatment; SSR rates were determined to be decreased significantly. While patients were finding a chance to experience different types of communication, providing awareness of the situations in which they experience anxiety and accompanying physical symptoms in group therapy, they showed more improvement in recognizing emotions compared to drug treatment. **Discussion:** While both drug and group therapy provide the ability to reduce anxiety symptoms, improve recognizing and differentiating emotions. Our results have shows that psychodramatic group therapy provides more benefits in recognizing others' feelings.

Key Words: Social anxiety, alexithymia, sympatic skin response

GİRİŞ

Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB), kişinin tanımadığı insanlarla karşılaştığı, başkalarının gözünün üzerinde olabileceği bir ya da birden fazla toplumsal durumdan belirgin ve sürekli bir korku duyması, küçük duruma düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde davranacağından korkması ve anksiyete belirtileri göstermesi olarak tanımlanmaktadır. Korkulan sosyal durumlarla karşılaşma kişide belirgin bir anksiyete uyandırır ve kişi bu anksiyeteyi doğuran durumlar karşısında kaçınma davranışı sergileyebilir (1). Dünya Psikiyatri Birliği Sosyal Fobi Çalışma Grubu, sosyal fobinin temel özelliklerini üç grupta toplamıştır; 1.Sosyal bağlamlarda diğer kişiler tarafından incelenme ve yargılanma korkusu, 2. Küçük düşme, utanç duyma olasılığı olan koşullarda belirgin ve sürekli olan performans korkusu, 3. Korku duyulan koşullardan kaçma davranışlarıdır. Kişi korktuğu durumlarla karşılaşması için zorlandığında veya beklenmedik anda böyle bir durumla karşılaştığında çarpıntı, tremor, terleme, gastrointestinal rahatsızlık, diyare, kas gerginliği, yüz kızarması, konfüzyon gibi çeşitli bedensel belirtilerin eşlik ettiği yoğun bir anksiyete yaşamaktadır (2).

Duyularını fark etme, tanıma ve tanımlama zorluğu yaşayan bireylerin normal kişilere göre fiziksel ve psikolojik belirtileri doğru bir şekilde tanıma, anlama ve yaşama konusunda zorluk yaşadıkları bildirilmektedir (3). İlk olarak psikosomatik hastalıklarda “duygulara söz bulamamak” kavramı ile tanımlanan aleksitimi; depresyon, anksiyete bozuklukları (4), alkol bağımlılığı (5) ve sosyal anksiyete bozukluğunda (6,7) durumsal ya da kalıcı bir özellik olarak karşımıza çıkabilmektedir. Aleksitimik bireylerin fiziksel belirtileri daha yüksek düzeyde algılama eğiliminden dolayı (8,9) bu özelliğe sahip SAB hastalarında ortaya çıkan fiziksel belirtilerle başa çıkma zorlaşabilmektedir.

Aleksitimik bireylerde bazal otonom sistem aktivitesinin yüksek olduğu, görsel veya emosyonel uyarı ile oluşturulan bilişsel süreçler esnasında otonom sistem aktivitesinin normal bireylere göre fazla olduğu bildirilmektedir (10,11,12). Sempatik

fonksiyonun bir göstergesi olarak kullanılan (13) sempatik deri yanıtı (SDY), derinin herhangi iç ya da dış uyarılarla uyarılmasına karşılık deride meydana gelen anlık ve kalıcı olmayan elektrodermal aktivitedir (1). Sempatik deri yanıtı psikolojik ve fizyolojik uyarılara bağlı olarak oluşan deri potansiyeli, yardımcı ekipman ile kaydedilmektedir (14). Aleksitimik özellikler gösteren bireylerde bazal elektrodermal aktivitelerin yüksek olduğu, vagal tonusun azaldığı; aleksitimi ve anksiyetenin birlikte görüldüğü hastalarda elektrodermal aktivitenin daha fazla ve iyileşme sürecinin daha yavaş olduğu bildirilmiştir (15,16,17). Buna karşın aleksitimi düzeyi ile bazal kalp hızı ve deri iletkenliği arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (18).

SAB tedavisinde psikofarmakolojik yöntemlerin yanı sıra psikoterapilerin etkin olduğu gösterilmiştir. Bu konuda üzerinde en çok çalışılan hem bireysel, hem de grup terapisi olarak uygulandığında faydalı olduğu gösterilen bilişsel davranışçı terapidir (19). Sosyal beceri, gevşeme eğitimi, bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri ile hastanın sosyal ortamlardaki düşünce ve inanışlarının daha nesnel biçimde tekrar ele alınması sağlanmaktadır. Psikoterapilerin hastalığın tekrarlama riskini azalttığı öne sürülmektedir (20). Sosyal anksiyete bozukluğunda psikodramanın kullanımı ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (21).

Mevcut veriler SAB olan bireylerin duyguları tanıma ve tanımlama alanında güçlük yaşadıklarını, bu bireylerde emosyonel uyarılara verilen otonom sistem aktivitesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada, SAB’de duygu tanıma, ifade etme, duyguları ayırt etme düzeylerinin ve otonom sistem aktivitesinin araştırılması, ilaç tedavisi ve psikodramatik grup terapisinin etkinliğinin incelenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Çalışmaya sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) tanısı konulan 32 hasta ve 16 sağlıklı kontrol alınmıştır. Çalışma etik onay alındıktan sonra 2014 yılı ocak ayı sonunda üniversitenin izinli olan tüm alanlarında yazılı ilan ile başlatılmıştır. Örneklem

çalışmanın yapılacağını duyurulmasını takiben Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine başvuran bireylerden oluşturulmuştur. Yapılan psikiyatrik görüşmede SAB tanısı netleşen hastalara poliklinik hekimi tarafından ilaç tedavisi başlanmış ve her hastaya grup tedavisi programı da aktarılmıştır. Hastalar poliklinik hekiminin önerdiği ilacı çalışma süreci boyunca kullanmıştır. On altı hasta sadece ilaç tedavisi almış, düzenli kontrollere gelmiş, 8 haftalık çalışma süresini tamamlamıştır. Grup sürecine katılmaya gönüllü olan 20 kişiye ilaç tedavisine ek olarak yapılandırılmış psikodramatik grup terapisi uygulanmıştır.

Grup terapisine katılan 20 kişiden 4'ü grubu bırakmıştır. Bu kişilerden ikisi şehir değişikliği, biri gruba uyum sağlayamama nedeniyle biri de herhangi bir açıklama yapmadan gruptan ayrılmışlardır. Bu hastaların verileri değerlendirmeye alınmamıştır. Psikodramatik grup terapisi, haftada bir gün, 2'şer saatlik 8 oturum şeklinde planlanmış ancak son oturuma katılımın az olacağı öğrenilince 7. oturumda grup sonlandırılmıştır. Çalışma 2014 yılı Nisan-Mayıs aylarında yapılmış olup eğitim döneminin tamamlandığı bu zamanda öğrencilerin çoğu sınavları öncesindeki tatili başka şehirde yaşayan ailelerinin yanında geçirme planları, kalanların da aylık oturumunda hep birlikte olmayı istemeleri bu değişikliği getirmiştir. Grup çalışmaları psikodrama terapisti tarafından yürütülmüştür. Yarı yapılandırılmış grup sürecinin her oturumunda rol alma, rol değiştirme, aynalama, eşleme, sembol drama ve gevşeme tekniklerinin kullanılarak protagonist ve grup oyunları ile çalışılması planlanmıştır. Kendilerini tanıtmaya başlayan süreçte kaygıyla bağlantılı bileşenler, yargılanma, küçük düşme, utanma olasılığı olan ortamlardaki işlevsel olmayan tepkileri yaşantılama, duygularla ilk tanışma sahneleri ve eşlik eden bedensel değişikliklere farkındalık oyunları oynanmış ve ardından işlevsel olan baş etme becerilerinde rol girme, her oturumdaki geri bildirimler ile içgörü düzeyini artırma amaçlanmıştır. Sağlıklı kontrol grubu ilan ardından başvuran, değerlendirmeler ardından psikiyatrik ve fiziksel bir tanı konulmayan çoğu üniversite çalışanlarının yakınlarından oluşmuştur.

Çalışmanın Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulundan etik kurul onayı bulunmaktadır. Çalışmaya katılan bireylerden yazılı onam alınmıştır.

Katılımcılar çalışmanın duyurulmasını takiben başvuran kişilerden oluşmuştur. Ölçekleri ve değerlendirme sonucunu etkileyecek kronik fiziksel ve ruhsal hastalığı olan bireylerin çalışmadan dışlanması planlanmıştır. Hasta ve kontrol grupları için çalışmadan dışlanma ölçütleri mental retardasyon, şizofreni, bipolar bozukluk gibi kronik ruhsal bozukluklar; kronik fiziksel hastalıklar (tiroid işlev bozuklukları, diabetes mellitus gibi) ve serebrovasküler hastalık, Parkinson hastalığı gibi nörolojik hastalıklar olarak belirlenmiştir. Başvuruda bulunan bireylerden hiçbiri dışlama ölçütlerini karşılamamış olup kronik fiziksel ve ruhsal hastalık öyküsünden dolayı dışlanan hasta olmamıştır. Sağlıklı kontrol grubuna hastane personeli yakınları alınmıştır.

Katılımcıların psikiyatrik tanıları Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID- I) uygulanarak DSM-IV tanı ölçütlerine göre değerlendirilmiştir. Tüm hastalar 2 aylık süreç içerisinde psikofarmakolojik tedavi ve takipleri açısından poliklinikten 15 günde bir izlenmiştir. SAB hastalarına ve kontrol grubuna tedavi öncesinde ve sonrasında, Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20), Yüzde Dışa Vuran Duyguları Tanıma Testi (YDTT) ve Yüzde Dışa Vuran Duyguları Ayırt Etme Testleri (YDAT) uygulanmıştır. Tedavi öncesi ve sonrasında, YDAT ve YDTT uygulaması esnasında sempatik deri yanıtı ölçümleri kaydedilmiştir. Sempatik deri yanıtı ölçümleri nöroloji uzmanı tarafından gerçekleştirilmiştir.

Ölçme ve Değerlendirme Araçları

Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu: Hastaların sosyodemografik bilgileri ve hastalıklarının klinik özelliklerine ilişkin bilgileri sorgulayan formlardır.

DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I): DSM-IV'e göre eksen I ruhsal bozuklukların tanısını araştırmak için görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış bir görüşme

aracıdır. Türkçe'ye uyarlanmış ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (22).

Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ): Sosyal ortamlarda yaşanan kaygı düzeyi için 24, kaçınma davranışı için 24 olmak üzere toplam 48 sorudan oluşan Likert tipinde bir öz-değerlendirme ölçeğidir. Toplam puanın yüksekliği sosyal kaygının ve kaçınmanın şiddetlendiğini göstermektedir. Liebowitz tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Soykan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (23).

Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20): TAÖ-20, yirmi maddeden oluşan, Likert tipi kendini değerlendirme ölçeğidir. Bir bireyin 61 ve üzeri puan alması aleksitimik özellikleri gösterir. Duygularını Tanımada Güçlük (TAÖ-1), Duyguları Söze Dökmede Güçlük (TAÖ-2), Dışa-Dönük Düşünme (TAÖ-3) alt-ölçekleri vardır. Türkçe uyarlaması Sayar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. (24).

Yüzde Dışa Vuran Duyguları Tanıma Testi (YDTT): Kerr ve Neale tarafından 1993 yılında geliştirilmiştir. Sosyal işlevselliğin değerlendirildiği bir testtir. Değişik duygu dışavurumları gösteren 19 siyah beyaz yüz fotoğrafı içeren bir slayt sunumu biçimindedir. Fotoğraflar altı ana duyguyu (neşe, hüzn, öfke, korku, şaşkınlık, utanç) içermektedir. Fotoğrafların sırayla on beşer saniye süreyle görünmesi ve aralarda onar saniye zaman aralığı olacak biçimde ayarlanmıştır. Olgulara ve kontrol grubuna bir monitör yardımı ile fotoğraflar gösterilmiştir. Katılımcılara her sorunun karşısında seçenek olarak altı ana duygunun yazılı olduğu, 19 maddelik bir yanıt anahtarı verilir. Denekten karşısına sıra ile gelen fotoğrafları izlerken her fotoğraftaki duygunun elindeki anahtarda yazılı olan altı ana duygudan hangisine en çok uyduğunu işaretlemesi istenir. Türk kültürü için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Erol ve ark. tarafından 2009 yılında yapılmıştır (25).

Yüzde Dışa Vuran Duyguları Ayırt Etme Testi (YDAT): Kerr ve Neale tarafından 1993 yılında geliştirilmiştir. Altı ana duyguyu (neşe, hüzn, öfke, korku, şaşkınlık, utanç) içeren 30 siyah-beyaz

fotoğraf çiftinden oluşur. Fotoğraf çiftleri aynı ya da farklı duygulanımları gösterir. Bu test de slayt sunumu biçiminde düzenlenmiştir. Her fotoğraf çifti, 15 er saniye süre ile ve arada 10 ar saniye zaman aralığı olacak biçimde bir monitör yardımı ile gösterilir. Denekten her fotoğraf çifti için, iki yüzdeki dışa vuran duygunun aynı mı, yoksa farklı mı olduğunu ayırt etmesi istenir. Yanıt anahtarında her soru karşısında 'farklı' ve 'aynı' seçenekleri yazılıdır. Denek her fotoğraf çifti için elindeki forma aynı ya da farklı seçeneklerinden birini işaretler. (25).

Sempatik Deri Yanıtı (SDY): Olguların elektrofizyolojik incelemeleri PAÜTF Nöroloji Anabilim Dalı EMG laboratuvarında yapıldı. Sempatik deri yanıtı çalışmaları öncesinde hasta çekim prosedürüne uygun olarak hazırlandı. Uygun ortamda SDY ölçümlerine başlandı. Hasta ve kontrol grubu günün aynı saatlerinde incelemeye alındı. Kayıtlar için iletim azalmasını engellemek için Ag-AgCl yüzeyel disk elektrotlar kullanıldı. Kayıtlar sağ el-el bileği cildi temizlendikten sonra avuç içine aktif, el sırtına referans yüzeyel elektrotlar konularak yapıldı. Ölçüm esnasında hastalara YDTT uygulanarak her bir emosyonel görsel uyaran karşısında oluşabilecek SDY yanıtları kayıt altına alındı. 4 kez farklı sıralamada gösterilen duygusal uyaranlar ile kaydı alınan bu işlemin tekrarları arasında hastalar 10'ar dakika dinlendirildi. Art arda 4 ölçümden herhangi birinde yanıt alınması yanıt var olarak, tüm ölçümlerin tamamına yanıt alınmaması yanıt yok olarak kabul edildi.

İstatistiksel Analizler

Veriler SPSS 21.0 paket programıyla analiz edildi. Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma, minimum-maksimum değerleri ve kategorik değişkenler sayı (yüzde) olarak verildi. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilks normal dağılıma uygunluk testi ile incelendi. Kategorik değişkenlerin incelenmesinde χ^2 testi kullanıldı. Bağımsız grup karşılaştırmalarında, parametrik test varsayımları sağlandığında İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi; parametrik test varsayımları sağlanmadığında ise Mann-Whitney U testi kullanıldı. Bağımlı grup karşılaştırmalarında, parametrik test varsayımları

sağlandığında İki Eş Arasındaki Farkın Önemlilik Testi; parametrik test varsayımları sağlanmadığında ise Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi kullanıldı. Değişkenler arası ilişkiyi incelemek için Spearman Korelasyon Katsayısı kullanıldı. Tüm testlerde istatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmaya 32 SAB olan hasta ve 16 sağlıklı kontrol katılmıştır. SAB grubunda 16 hasta sadece ilaç tedavisi almış (SAB-I), 16 hasta ilaç tedavisine ek olarak psikodramatik grup terapisine katılmıştır (SAB-II). SAB-I, SAB-II ve sağlıklı kontrol gruplarının yaş ortalamaları (sırasıyla, 22.31 ± 1.81 , 22.18 ± 1.68 , 22.12 ± 1.89 , $p = 0.954$, Kruskal Wallis Test) ve eğitim yılı ortalamaları benzer bulunmuştur (sırasıyla 15.18 ± 2.10 , 14.25 ± 2.17 , 14.5 ± 2.44 , $p = 0.325$, Kruskal Wallis Test). Her 3 grupta da kadın ve erkek üye sayısı eşitti [6 kadın (%37.5), 10 erkek (%62.5)].

Psikiyatrik eş tanı SAB-I grubunda 13 kişide (%81.3), SAB-II grubunda 8 kişide (%50) saptandı. SAB-I'de major depresif bozukluk (MDB) (s:4, %25), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB, s:2, %12.5), obsesif kompulsif bozukluk (OKB, s:1, %6.3), Tik bozukluğu (s:1,

%6.3); SAB-II'de MDB (s:8, %50), DEHB (s:2, %12.5), OKB (s:2 %12.5), yaygın anksiyete bozukluğu (s: 1 %6.3), belirlendi. SAB-I grubunda selektif serotonin reuptake inhibitörü (SSRI) %87.4 (s:14), bupropion %6.3 (s:1), trisiklik anti-depresan %6.3 (s:1); SAB-II grubunda kullanılan ilaçlar SSRI %81.2 (s:14), bupropion %18.8 (s:3) idi. Tüm hastalar antidepresan ilaçla takip edildi, başka bir psikotrop ilaç kullanmadı. İlaç dozları her ilaç için hasta özelinde poliklinik hekimi tarafından düzenlendi.

Tedavi Öncesi Ölçeklerin Değerlendirilmesi

SAB-I, SAB-II ve kontrol grupları arasındaki ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 1'de sunuldu. Gruplar arasında LSAÖ toplam, kaygı ve kaçınma puanları; TAÖ toplam ve TAÖ-1, TAÖ-2 puanları; YDTT, YDAT puanlarında anlamlı farklılık tespit edildi. Hem SAB-I hem de SAB-II gruplarında LSAÖ toplam, kaygı ve kaçınma puanları ile TAÖ puanları kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu (hepsi için $p < 0.05$, Mann Whitney U Testi). SAB-I ve SAB-II grupları arasında LSAÖ ve TAÖ puanlarında anlamlı farklılık yoktu ($p > 0.05$, Mann Whitney U Testi).

Gruplar arasında sempatik deri yanıtlarında korku, öfke, hüzün, utanç, negatif ve toplam puanlarında

Tablo 1. Tedavi öncesi ölçekler ve sempatik deri yanıtları

	SAB-II (ilaç+grup terapisi) Ort. ± SS	SAB-I (ilaç) Ort. ± SS	Sağlıklı Kontrol Ort. ± SS	χ^2 -F	p*
LSAÖ	73.31 ± 20.63	73.06 ± 21.65	19.43 ± 11.3	χ^2 :31.38	0.0001
LSAÖ- kaygı	38.93 ± 11.59	39.56 ± 10.39	11.43 ± 6.34	F:43.793	0.0001
LSAÖ-kaçınma	33.87 ± 11.27	33.50 ± 12.61	8.0 ± 5.09	χ^2 :31.44	0.0001
TAÖ-20	56.62 ± 7.99	58.87 ± 10.15	47.25 ± 11.1	F:6.286	0.004
TAÖ-1	19.43 ± 5.73	21.5 ± 5.36	15.25 ± 5.65	F:5.198	0.009
TAÖ-2	16.06 ± 2.48	15.93 ± 4.31	12.56 ± 3.91	F:4.717	0.014
TAÖ-3	21.18 ± 3.18	21.43 ± 4.48	19.43 ± 3.63	χ^2 :3.55	0.169
YDTT	19.43 ± 5.73	21.5 ± 5.36	15.25 ± 5.65	F:5.198	0.009
YDAT	16.06 ± 2.48	15.93 ± 4.31	12.56 ± 3.91	F:4.717	0.014
Sempatik deri yanıtı ölçümleri					
Neşe (0-2)	0.68 ± 0.79	0.56 ± 0.62	0.75 ± 0.68	χ^2 :3.55	0.748
Korku (0-6)	4.56 ± 1.71	4.31 ± 1.3	2.56 ± 1.75	F:0.578	0.004
Öfke (0-4)	3 ± 1.26	2.43 ± 1.45	1.5 ± 1.21	χ^2 :0.24	0.008
Hüzün (0-3)	1.5 ± 0.89	1.18 ± 0.91	0.62 ± 0.88	χ^2 :8.05	0.018
Utanç (0-2)	1.12 ± 0.71	1.37 ± 0.8	0.68 ± 0.7	χ^2 :6.42	0.04
Şaşkınlık (0-2)	0.62 ± 0.71	1 ± 0.81	0.56 ± 0.81	χ^2 :2.99	0.224
Negatif (0-2)	10.81 ± 3.05	10.31 ± 2.67	5.93 ± 3.56	χ^2 :15.43	0.0001
Pozitif (0-17)	0.68 ± 0.79	0.56 ± 0.62	0.75 ± 0.68	χ^2 :0.58	0.748

LSAÖ: Liebowitz sosyal anksiyete ölçeği. TAÖ-20: Toronto aleksitimi ölçeği. TAÖ-1: duyguları tanıma güçlüğü. TAÖ-2: duyguları söze dökmede güçlük. TAÖ-3: dışa-dönük düşünme. YDTT: yüzde dışa vuran duyguları tanıma testi, YDAT: yüzde dışa vuran duyguları ayırt etme testi.p* (3 grubun karşılaştırması). Kruskal Wallis test, tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

anlamli farklılık mevcuttu (Tablo 1). SAB gruplarında bu duygulara eşlik eden sempatik deri yanıtları kontrol grubuna göre yüksekti. SAB-I grubunda korku, utanç ve negatif (sırasıyla, $p=0.035$, $p=0.036$, $p=0.004$, Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U Testi); SAB-II grubunda korku, öfke, hüznün ve negatif puanları (sırasıyla, $p=0.005$, $p=0.007$, $p=0.015$, $p=0.001$, Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U Testi) sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu. SAB-I ve SAB-II grupları arasında sempatik deri yanıtları açısından farklılık yoktu.

Tedavi Sonrası Ölçeklerin Değerlendirilmesi

Tedavi sonrası (8.haftada) ölçek puanları ve sempatik deri yanıtları Tablo 2'de sunuldu. Tedavi sonrası SAB-I, SAB-II ve kontrol grupları arasında LSAÖ toplam, kaygı ve kaçınma puanları arasında anlamlı farklılık tespit edildi. SAB-I ve SAB-II gruplarının her ikisinde de sağlıklı kontrol grubuna göre LSAÖ toplam, kaygı ve kaçınma puanları yüksek bulundu (hepsi için, $p=0.001$). Gruplar arasında TAÖ, YDIT ve YDAT puanlarında farklılık saptanmadı.

Sempatik deri yanıtları açısından gruplar arasında tedavi sonrası sadece utanç puanında anlamlı farklılık tespit edildi. SAB-I grubunda utanç puanı hem SAB-II hem de sağlıklı kontrol grubundan yüksek bulundu (sırasıyla $p=0.047$, $p=0.030$). Sempatik deri yanıtları açısından SAB-I ve SAB-II arasında farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

SAB-I grubunda tedavi sonrasında LSAÖ toplam, kaygı, kaçınma ve TAÖ toplam, TAÖ-1, TAÖ-2, TAÖ-3 puanlarında ve korku, öfke, negatif duygulara eşlik eden sempatik deri yanıtlarında anlamlı azalma belirlendi (Tablo 3).

SAB-II grubunda tedavi öncesi ve sonrası LSAÖ kaygı, kaçınma ve toplam, TAÖ toplam ve TAÖ-1, TAÖ-2, TAÖ-3 puanlarında anlamlı yönde azalma, YDIT puanlarında artış izlendi. Korku, öfke, negatif duygulara eşlik eden sempatik deri yanıtlarında azalma belirlendi (Tablo 4).

Grup Sonuçları

İlk oturumdan itibaren farklı yönergelerle grup planına uygun olarak çalışıldı. 3. oturumdan itibaren gelişen güven duygusuyla birlikte protago-

Tablo 2. Tedavi sonrası ölçek puanlarının karşılaştırılması ve sempatik deri yanıtları

	SAB-II (ilaç+grup terapisi) Ort. ± SS	SAB-I (ilaç) Ort. ± SS	Sağlıklı Kontrol Ort. ± SS	χ^2 -F	p^*
LSAÖ	50.81 ± 15.91	61.5 ± 23.09	19.43 ± 11.3	F:25.07	0.0001
LSAÖ- kaygı	29.25 ± 10.0	34.0 ± 11.82	11.43 ± 6.34	F:24.24	0.0001
LSAÖ-kaçınma	21.56 ± 7.56	27.5 ± 12.35	8.0 ± 5.09	F:20.33	0.0001
TAÖ-20	49.25 ± 8.59	52.81 ± 8.7	47.25 ± 11.1	F:1.397	0.258
TAÖ-1	16.0 ± 4.64	18.31 ± 4.79	15.25 ± 5.65	F:1.598	0.214
TAÖ-2	13.56 ± 2.73	13.68 ± 3.17	12.56 ± 3.91	F:0.555	0.578
TAÖ-3	19.68 ± 3.55	20.81 ± 4.06	19.43 ± 3.63	χ^2 :1.93	0.38
YDIT	16.37 ± 0.95	15.75 ± 0.93	16.06 ± 1.48	χ^2 :2.29	0.318
YDAT	27.31 ± 1.25	27.0 ± 0.96	26.81 ± 1.04	χ^2 :1.09	0.58
Sempatik deri yanıtı ölçümleri					
Neşe (0-2)	1.12 ± 0.71	1.12 ± 0.88	0.75 ± 0.68	χ^2 :2.51	0.284
Korku (0-6)	2.81 ± 1.79	2.62 ± 1.31	2.56 ± 1.75	χ^2 :0.32	0.849
Öfke (0-4)	1.93 ± 1.34	1.68 ± 1.19	1.5 ± 1.21	χ^2 :1.08	0.581
Hüznün (0-3)	1.06 ± 0.85	1.37 ± 0.95	0.62 ± 0.88	χ^2 :6.02	0.051
Utanç (0-2)	0.81 ± 0.83	1.43 ± 0.72	0.68 ± 0.70	χ^2 :7.80	0.020
Şaşkınlık (0-2)	0.5 ± 0.51	0.56 ± 0.81	0.56 ± 0.81	χ^2 :0.039	0.98
Negatif (0-2)	7.12 ± 3.20	7.68 ± 3.07	5.93 ± 3.56	χ^2 :3.88	0.143
Pozitif (0-17)	1.12 ± 0.71	1.12 ± 0.88	0.75 ± 0.68	χ^2 :2.51	0.284

LSAÖ: Liebowitz sosyal anksiyete ölçeği, TAÖ-20: Toronto aleksitimi ölçeği, TAÖ-1: duygularını tanımada güçlük, TAÖ-2: duyguların söze dökmede güçlük, TAÖ-3: dışa-dönük düşünme, YDIT: yüzde dışa vuran duyguları tanıma testi, YDAT: yüzde dışa vuran duyguları ayırt etme testi. p^* (3 grubun karşılaştırması), Kruskal Wallis test, tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Tablo 3. SAB-I grubunda tedavi öncesinde ve sonrasında ölçek puanları

	Tedavi Öncesi Ort. ± SS	Tedavi Sonrası Ort. ± SS	t	p*
LSAÖ	73.06 ± 21.65	61.50 ± 23.09	3.51	0.0001
LSAÖ-kaygı	39.56 ± 10.39	34.0 ± 11.82	2.90	0.004
LSAÖ-kaçınma	33.50 ± 12.61	27.50 ± 12.35	3.30	0.001
TAÖ-20	58.87 ± 10.15	52.81 ± 8.7	3.47	0.001
TAÖ-1	21.5 ± 5.36	18.31 ± 4.79	4.25	0.001
TAÖ-2	15.93 ± 4.31	13.68 ± 3.17	3.09	0.002
TAÖ-3	21.43 ± 4.48	20.81 ± 4.06	2.35	0.019
YDIT	15.62 ± 1.25	15.75 ± 0.93	0.62	0.527
YDAT	26.75 ± 1.23	27.0 ± 0.96	1.15	0.248
Sempatik deri yanıtı ölçümleri				
Neşe	0.56 ± 0.62	1.12 ± 0.88	1.93	0.053
Korku	4.31 ± 1.3	2.62 ± 1.31	4.06	0.001
Öfke	2.43 ± 1.45	1.68 ± 1.19	2.66	0.018
Hüzün	1.18 ± 0.91	1.37 ± 0.95	0.52	0.606
Utangaç	1.37 ± 0.8	1.43 ± 0.72	0.18	0.851
Şaşkınlık	1 ± 0.81	0.56 ± 0.81	1.21	0.225
Pozitif	0.56 ± 0.62	1.12 ± 0.88	1.93	0.053
Negatif	10.31 ± 2.67	7.68 ± 3.07	3.23	0.006

LSAÖ: Liebowitz sosyal anksiyete ölçeği, TAÖ-20: Toronto aleksitimi ölçeği, TAÖ-1: duygularını tanıma güçlüğü, TAÖ-2: duyguları söze dökmeye güçlüğü, TAÖ-3: dışa-dönük düşünme, YDIT: yüzde dışa vuran duyguları tanıma testi, YDAT: yüzde dışa vuran duyguları ayırt etme testi p* İki eş arasındaki farkın önemlilik testi (bağımlı gruplarda t testi), Wilcoxon eşleştirilmiş iki örnek testi

nist oyunları oynanmaya başlandı. Son ayrılık oturumunda üyeler kendilerine en çok yarar sağlayan şeyin “benzer şeyleri başka birisinin daha yaşadığını bilmek iyi geldi” ifadeleri ile yalnız olmadıklarını görmek olduğunu belirttiler. Bir başkasının rolüne girmek ve bir başkası olmak, bir başkasının rolünde kendini duymak, kendisinin bir başkası tarafından nasıl fark edildiği ya da hissedildiğini görmek, anlaşılacak deneyimlerini bildirdiler. Kendilerinin fark edemedikleri özelliklerinin aynalama, rol girme, rol değişikliği ile anlaşılabilirliği geri bildirimini verdiler. Son oturumda üyelere buraya geldik-

leri gün, grup sürecinde ve bugün duygularını temsil edecek birer resim yapmaları ve isterlerse altına küçük açıklama yazmaları istendi. Resimler yapıldıktan sonra bir sergi oluşturulmak amacıyla duvara asıldı, sergi için grup bir isim belirledi: “Sosyal Fobiklerin Bahar Sergisi”. Sergi gezildikten sonra vedalaşıldı. Bunlardan bir örnek rastgele seçilerek Resim I ekinde gösterildi. Bu resmi çizen üyenin açıklaması şu şekilde oldu: “Buraya gelirken ki halim için açmaya çalışan ama açamayan bir çiçek çizdim. Hiç gelmek istemiyor ama arkadaşşıma söz verdiğim için geliyordum.

Tablo 4. SAB-II grubunda tedavi öncesinde ve sonrasında ölçek puanları

	Tedavi Öncesi Ort. ± SS	Tedavi Sonrası Ort. ± SS	t	p*
LSAÖ	73.31 ± 20.63	50.81 ± 15.91	7.45	0.0001
LSAÖ-kaygı	38.93 ± 11.59	29.25 ± 10.0	5.11	0.0001
LSAÖ-kaçınma	33.87 ± 11.27	21.56 ± 7.56	5.85	0.0001
TAÖ-20	56.62 ± 7.99	49.25 ± 8.59	4.75	0.0001
TAÖ-1	19.43 ± 5.73	16.0 ± 4.64	3.65	0.002
TAÖ-2	16.06 ± 2.48	13.56 ± 2.73	4.27	0.001
TAÖ-3	21.18 ± 3.18	19.68 ± 3.55	2.63	0.019
YDIT	15.5 ± 1.86	16.37 ± 0.95	3.05	0.008
YDAT	27.0 ± 1.71	27.31 ± 1.25	0.58	0.96
Sempatik deri yanıtı ölçümleri				
Neşe	0.68 ± 0.79	1.12 ± 0.71	1.60	0.130
Korku	4.56 ± 1.71	2.81 ± 1.79	3.53	0.003
Öfke	3 ± 1.26	1.93 ± 1.34	2.78	0.014
Hüzün	1.5 ± 0.89	1.06 ± 0.85	1.57	0.115
Utangaç	1.12 ± 0.71	0.81 ± 0.83	1.31	0.190
Şaşkınlık	0.62 ± 0.71	0.5 ± 0.51	0.632	0.527
Pozitif	0.68 ± 0.79	1.12 ± 0.71	1.60	0.130
Negatif	10.81 ± 3.05	7.12 ± 3.20	4.12	0.001

LSAÖ: Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği, TAÖ-20: Toronto Aleksitimi Ölçeği, TAÖ-1: duygularını tanıma güçlüğü, TAÖ-2: duyguları söze dökmeye güçlüğü, TAÖ-3: dışa-dönük düşünme, YDIT: yüzde dışa vuran duyguları tanıma testi, YDAT: yüzde dışa vuran duyguları ayırt etme testi p* İki eş arasındaki farkın önemlilik testi (bağımlı gruplarda t testi), Wilcoxon eşleştirilmiş iki örnek testi

Sorunlarımı tamamen halledebilmiş değilim ama kendimdeki asıl sorunu buldum. Henüz tamamlanmadı ama umarım bundan sonra bunu aşabilirim.”

TARTIŞMA

Çalışmamızda, SAB hastalarında sosyal etkileşim veya performans durumunda yaşadıkları anksiyete, korku ve kaçınma davranışının sağlıklı kontrol grubuna göre yüksek olduğu; bu bireylerin hem kendi duygularını tanıma ve ifade etme, hem diğerlerinin duygularını tanıma ve ayırt etme becerilerinde sorun yaşadığı tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda, SAB hastalarında aleksitimi oranlarıyla ilgili farklı sonuçlar bulunmuş olsa da (6,26), genel olarak bu hasta grubunun duyguları tanıma ve söze dökme alanında güçlük yaşadıkları, aleksitimi düzeylerinin kontrol grubuna göre yüksek olduğu desteklenmektedir (6,27). Çalışmamızda tedavi sonrası hem ilaç kullanan hem de ilaç ve psikodramatik grup terapisine katılan grupta aleksitimi düzeylerinde anlamlı azalma belirlenmiş olması bu hasta grubunda aleksitiminin geçici ve değişebilen bir özellik olduğunu düşündürmektedir.

SAB olan bireylerin diğer insanları eleştirel, yargılayıcı ve alaycı olarak algılamaya yönelik önyargılarının olduğu ve diğer insanların duygularını tanıma konusunda güçlük yaşadıkları yönünde kanıtlar mevcuttur (28). Simonian'ın çalışmasında (2001) SAB hastalarının kontrol grubuna göre duyguları tanımlamakta güçlük çektikleri, özellikle mutluluk, üzüntü ve tiksinti ifadeleri içeren yüzlerde duyguların tanımlanmasında güçlükle birlikte anksiyete belirtilerinin arttığı bildirilmiştir (29). Demenescu ve arkadaşlarının çalışmasında (2013) SAB hastalarında kızgınlık, neşe, korku ve nötr duygusal uyarılar karşısında sağlıklı kontrollere oranla amigdala ve lingual girusta hipoaktivasyon saptandığı, özellikle “korku” duygusunu içeren uyarılarla nöroanatomik bağlantılar arasındaki anormalliğin belirginleştiği bildirilmiştir (30). Çalışmalar SAB tanılı hastalarının negatif ve nötr duygulanıma karşı daha duyarlı olduklarını göstermektedir (28). SAB tanılı hastalarının negatif uyarıları değerlendirme becerilerinin daha yük-

sek olduğu, bu durumun olumsuz değerlendirilme korkusu nedeniyle indüklenen sosyal tehdit algısı ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (31).

McClure'nin çalışmasında (2003) bipolar bozuklukta daha belirgin olmak üzere anksiyete bozukluğu grubunda kontrol grubuna oranla yüzde dışı vuran duyguları tanıma oranlarının düşük olduğu saptanmıştır (32). Erol ve arkadaşları (2009), yüzde dışı vuran duyguların algılanmasının sosyal işlevselliğin önemli yordayıcılarından olduğunu belirtmiştir (25). Anksiyete düzeyi yüksek olan grupta anksiyete düzeyi düşük olan gruba göre korku ve şaşkınlık duygularını tanıma becerilerinin daha fazla; nötral yüz ifadeleri, hüznün, tiksinti, mutluluk ve öfke ifadeleri içeren yüzleri tanıma becerilerinin daha az olduğu (33) ve SAB hastalarının yüzlerden negatif duyguları tanımda daha başarısız oldukları bildirilmiştir (34). Buna karşın sosyal anksiyete bozukluğunda duygu tanıma, ifade etme ve duyguları ayırt etme düzeylerinin sağlıklı bireylerden farklı olmadığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (35). Çalışmamızda SAB hastalarının diğerlerinin duygularını tanıma ve ayırt etme alanında güçlük yaşadıkları, grup terapisine katılan bireylerin tedavi sonrası duyguları tanıma alanında olumlu gelişme kaydettikleri tespit edilmiştir.

SAB hastalarında görsel duygusal uyarılar ile sempatik deri yanıtlarını inceleyen az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Emosyonel uyarı karşısında oluşan SDY'nin aleksitimi ve empati ile ilişkisini inceleyen bir çalışmada, aleksitimik bireylerin alışılmadık şekilde yüksek bazal elektrodermal reaktiviteye sahip oldukları bildirilmiştir (10). Anksiyete bozuklukları ve SAB hastalarında pozitif ve negatif duygusal uyarılar karşısında oluşan SDY yanıtlarının kontrol grubuna göre yüksek olduğu bildirilmiştir (16,36). SAB hastalarında -kızgın yüz ifadelerine daha belirgin biçimde olmak üzere- amigdala aktivitesinin kontrollere göre belirgin düzeyde yüksek olduğunu bildiren çalışmanın verileri SAB'da olumsuz duygusal uyarılara verilen otonom sistem aktivitesinin yüksek olduğunu desteklemektedir (37). Çalışmamızda, SAB hastalarında SDY oranının kontrol grubuna göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Hasta grubunda sağlıklı kontrollere oranla pozitif uyarılar karşısında oluşan SDY sayısı daha düşük,

negatif uyaranlar karşısında oluşan SDY sayısı yüksek saptanmıştır. “Neşe” duygusu karşısında oluşan sempatik yanıt sayısının düşük, “korku, öfke, hüznün ve utanç” duyguları karşısında ise yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu durum SAB hastalarının korku, utanç, öfke ve hüznün gibi negatif uyaranlara karşı daha duyarlı olduklarını, neşe duygusu gibi pozitif uyaranlara karşı duyarlılıklarının kontrol grubuna göre daha az olduğunu göstermektedir. Tedavi sonrasında oluşan SDY sayısında öncesine göre belirgin düzeyde azalma bulunmuş, pozitif duygular karşısında artış olurken, negatif duygular karşısında (özellikle “korku” ve “öfke”) azalma olduğu saptanmıştır. Antidepresanların otonom sistem üzerindeki olumlu etkileri bilinmektedir (38). Çalışmamızda hem ilaç kullanan hem de ilaçla birlikte psikoterapi alan grupta benzer olarak korku, öfke ve negatif duygular karşısında yaşanan sempatik deri yanıtında anlamlı bir azalma ve SDY açısından olumlu yönde gelişme izlenmiştir.

SAB tanı hastalarda SGI, SNGI, TSA tedavileri, psikoterapötik yöntemler ve bu tedavilerin çeşitli kombinasyonları ile elde edilen tedavi sonuçlarındaki değişimin farklı tedavi teknikleri ile değerlendirildiği birçok çalışma mevcuttur. Tedavi etkinliğine dair üzerinde en fazla kanıt bulunan ilaçlar SGI ve SNGI’leridir (39,40,41,42). Çalışma örneklemimiz poliklinikten izlenen ve hastanın gereksinimine göre tedavi düzenlenen hastalardan oluşmuştur. Hastalarda SAB yanı sıra komorbid başka psikiyatrik hastalıkların varlığı ve farklı etki mekanizmalarına sahip antidepresanların kullanılmış olması sonuçlarımızı etkilemiş olabilir.

SAB’ da grup terapilerinin etkinliğini destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. Plasebo kontrollü bir çalışmada, psikodinamik grup terapisinin hastaların sosyal anksiyete düzeylerini azalttığı (20); bir başka çalışmada, grup terapilerinin anksiyete belirtilerinde azalmaya yol açtığı ancak hastaların sosyal korkularında değişiklik olmadığı bildirilmiştir (43). SAB hastalarında farmakolojik ve psikodinamik yönelimli kontrollü çalışmaların tedavi sonuçlarını değerlendiren bir meta analizde, ilaç tedavilerinin psikodinamik yaklaşımlardan daha etkin olduğu belirtilmiştir. Bilişsel davranışçı terapi yaklaşımların maliyet-etkinlik açısından daha olumlu sonuçlar verdiği bildirilmiştir (19).

Psikodramatik grup terapisi, dramatizasyon yönteminden yararlanılarak sorunların oyunlaştırıldığı bir ruhsal gelişme ve tedavi yaklaşımıdır. Geçmiş yaşantıların ya da henüz gerçekleşmemiş bir yaşantının oyunlaştırılması rol repertuarını geliştirmekte, duyguların ifadesi, gerçeğin test edilmesi, kişilerarası öğrenme, alternatif düşüncelerin geliştirilmesi sosyal beceri ve iletişim yeteneklerindeki artışa ve davranış değişikliğine yol açabilmektedir (44,45). Psikodramatik grup terapisi şizofreni, bipolar bozukluk, depresyon, Alzheimer Hastalığı gibi kronik hastalıklarda hasta ve hasta yakınlarına yönelik eğitimsel ve destekleyici yaklaşımlarda kullanılmış ve etkin olduğu bildirilmiştir (46,47,48,49,50,51). SAB tanısı olan ergenlerde yapılan psikodramatik grup terapisinde, üyelerin girişkenliklerinin, spontanlık ve yaratıcılıklarının arttığı gözlenmiştir (21). Çalışmamızda grup süreci boyunca üyeler iletişimin farklı şekillerini deneyimlemiş, anksiyete yaşadıkları durumlar ve eşlik eden bedensel belirtiler konusunda farkındalık sağlamış, yalnız olmadıklarını görmüş ve girişkenlik konusunda gelişme sağlamıştır. Grup sonundaki geri bildirimlerde en çok yarar görülen etmenlerin yalnız olmadıkları duygusu (evrensellik) ve rol değiştirmeler olduğu vurgulanmıştır.

Yapılan bir çalışmada, SAB hastalarında grup terapilerinin bilişsel davranışçı terapi ağırlıklı olduğu, genel psikopatoloji üzerinde grup terapilerinin bir üstünlüğünün olmadığı, grup terapilerinin farmakoterapi ve bireysel psikoterapilerle benzer etkinlikte olduğu sonucuna varılmıştır (52). Çalışmamızda ilaç ve ilaç+terapi grupları arasında tedavi sonrası anksiyete ve aleksitimi ölçeklerinde, sempatik deri yanıtlarında izlenen değişim benzer özellikler göstermektedir. Ancak terapi grubunda ilaç kullananlardan farklı olarak yüzden duyguların ayırt edilmesi testinde olumlu yönde bir değişim izlenmiştir. Bu durum yapılan grup çalışmasının diğerlerinin duygularının tanınmasında ve doğru yorumlanmasında yararlı olduğunu düşündürmektedir.

Bu durum çalışmamızın sınırlılıklarındandır. Araştırma için alınan örneklem sayısının azlığı ve bu nedenle örneklemin temsil yeteneğinin düşük olması çalışmamızın diğer kısıtlılığdır. Küçük örneklem boyutu analizin istatistiksel gücünü

azaltmaktadır. Çalışma grubumuzu oluşturan hastaların farklı ilaçlar kullanmış olmaları ve kullanılan ilaçların SDY ölçümlerini etkileme olasılığı, grup tedavi süresinin 7 hafta olması araştırmanın sınırlılığıdır. Bunun yanında SAB ile aleksitimi, duyguları tanıma ve SDY ilişkisini tedavi öncesi ve sonrası değerlendiren ender çalışmalardan biridir. Bu hasta grubunun tedavi boyutunda ilaçla birlikte eklenen psikodramatik grup tedavisinin kanıta dayalı sonuçlarıyla ele alınması da bu çalışmanın güçlü yönlerini oluşturmaktadır. Özellikle geniş örneklemlili SAB hasta gruplarında ve daha uzun süreli tedavi süreçleri içerisinde, her tedavi yönteminin veriler üzerindeki etkilerinin ayrı ayrı incelenebilmesi kanıt düzeyini arttıracaktır. Empatik tepkinin tüm sempatik inervasyon sistemlerinde oluşturabileceği farklı tipte tepkilerin birlikte değerlendirilebilmesi SAB hastalarında aleksitimi, otonom aktivasyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi daha iyi anlamayı sağlayacaktır.

SONUÇ

Çalışmamızda SAB hastalarının kontrol grubuna göre daha fazla aleksitimik özellikler taşıdığı ve tedavi sonrasında tüm alt ölçeklerde anlamlı oran-

da azalma olduğu saptanmıştır. SAB hastalarında kontrol grubuna oranla SDY oranlarının yüksek olduğu, korku, utanç, öfke ve hüzn gibi negatif uyaranlara karşı daha fazla otonom aktivite gözlemlendiği, neşe duygusu gibi pozitif uyaranlara karşı duyarlılıklarının ise kontrol grubuna göre daha az olduğu tespit edilmiştir. SAB hastalarında tedavi sonrasında pozitif duygular karşısında SDY oranında artış, negatif duygular karşısında (özellikle korku ve öfke) azalma olduğu saptanmıştır. Sonuçlarımız ilaç tedavisi ve grup terapisinin benzer etkilerinin yanında psikodramatik grup terapisinin duyguların ayırt edilmesi alanında daha fazla gelişme sağladığını göstermektedir.

Teşekkür: SDY ölçümleri için ortamı hazırlayan, değerlendirmeleri yapan ve çalışma sürecindeki önemli katkılarından dolayı Prof.Dr.Atilla Oğuzhanoğlu'na çok teşekkür ederiz.

Yazışma Adresi: Prof. Dr., Gülfizar Sözeri Varma, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Denizli, Türkiye gvarma@pau.edu.tr.

KAYNAKLAR

1. Işık E, Taner YI. Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. İstanbul, Golden Print, 2006, s. 409-424.
2. Dilbaz N, Güz H. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Fenomenolojisi. Anksiyete Bozuklukları, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 2006, s.185-212.
3. Lumley MA, Stettner I, Wehmer F. How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. J Psychosom Res 1996; 41 (suppl 6):505-518.
4. Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinamäki H. Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. J Psychosom Res 2000;48:99-104.
5. Evren C, Evren B, Dalbudak E. Alexithymia and personality in relation to social anxiety symptoms in male alcohol-dependent inpatients. Noro Psikiyatr Ars 2008; 45:72-77.
6. Solmaz M, Sayar K, Ozer OA, Ozturk M, Acar B. Sosyal fobi hastalarında aleksitimi, umutsuzluk ve depresyon: Kontrollü bir çalışma. Klinik Psikiyatri 2000; 3:235-241.
7. Fukunishi I, Kikuchi M, Wogan J. Secondary alexithymia as a state reaction in panic disorder and socialphobia. Compr Psychiatry 1997; 38:166-170.
8. Kooiman CG, Bolk JH, Brand R, Trjburg RW, Rooijmans HG. Is alexithymia a risk factor for unexplained physical symptoms in general medical outpatients? Psychosom Med 2000; 62 :768-778.
9. Sayar K, Bilen A, Arkan M. Kronik ağrı hastalarında öfke, benlik saygısı ve aleksitimi. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi 2001;2:36-42.
10. Bogdanov VB, Bogdanova OV, Gorlov DS, Gorgo YP, Dirckx JJ, Makarchuk MY, Schoenen J, Critchley H. Alexithymia and empathy predict changes in autonomic arousal during affective stimulation. Cogn Behav Neurol 2013;26:121-132.
11. Infrasca R. Alexithymia, neurovegetative arousal and neuroticism; an experimental study. Psychother Psychosom 1997; 66:276-280.
12. Stone LA, Nielson KA. Intact physiological response to arousal with impaired emotional recognition in alexithymia. Psychother Psychosom 2001; 70:92-102.
13. Altınbaş K, Gülöksüz S, Özçetinkaya S, Oral E. Empatinin biyolojik yönleri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2010;2:1525.
14. Ertekin C. Santral ve periferik EMG Otonom sinir sistemi. 2006:884-909.
15. Rabavilas AD. Electrodermal activity in low and high alexithymia neurotic patients. Psychother Psychosom 1987; 47:101-104.
16. Moscovitch DA, Suvak MK, Hofmann SG. Emotional response patterns during social threat in individuals with generalized social anxiety disorder and non-anxious controls. J Anxiety Disord 2010; 24:785-791.
17. Porges SW. Vagal tone; An autonomic mediator affect; The

- development of Emotion Regulation and Dysregulation. Cambridge University Press. 1991;111-128.
18. Connelly M, Denney DR. Regulation of emotions during experimental stress in alexithymia. *J Psychosom Res* 2007; 62:649-656.
19. Gould RA, Buckminster S, Pollack MH, Otto MW, Yap L. Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A metaanalysis. *Clinical Psychology Science and Practice* 1997;4:291-306.
20. Knijnik DZ, Kapczinski F, Chachamovich E, Margis R, Eizirik CL. Psychodynamic group treatment for generalized social phobia. *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26:77-81.
21. Üneri ÖŞ, Yıldırım EA, Tanıdır C, Aytemiz T. Sosyal anksiyete bozukluğu olan ergenlerde psikodramanın kullanımı. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2016;17:347-353.
22. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Danacı A, Köroğlu E. DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12:233-236.
23. Soykan C, Özgüven HD, Gençöz T. Liebowitz Social Anxiety Scale: the Turkish version. *Psychology Report* 2003; 93:1059-1069.
24. Sayar K, Güleç H, Ak İ. Yirmi soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı 2001; 130.
25. Erol A, Ünal EK, Gülpek D, Mete L. Yüzde dışavuran duyguların tanınması ve ayırt edilmesi testlerinin Türk toplumunda güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2009;10:116-123.
26. Cox BJ, Swinson RP, Shulman ID. Alexithymia in panic disorder and social phobia. *Compr Psychiatry* 1995; 36:195-198.
27. Fukunishi I, Kawamura N, Ishikawa N. Mother's love care in the development of alexithymia: a preliminary study in Japanese college students. *Psychological Report* 1997; 80:143-146.
28. Morrison JM. Empathy and theory of mind in schizophrenia and anxiety disorders. Department of Psychiatry, McGill University, Master Thesis. 2009.
29. Simonian SJ, Beidel DC, Turner SM, Berkes JL, Long JH. Recognition of facial affect by children and adolescents diagnosed with social phobia. *Child Psychiatry and Human Development* 2001;32:137-145.
30. Demenescu LR, Kortekaas R, Cremers HR, Renken RJ, van Tol MJ, van der Wee NJ, Veltman DJ, den Boer JA, Roelofs K, Aleman A. Amygdala activation and its functional connectivity during perception of emotional faces in social phobia and panic disorder. *J Psychiatr Res* 2013; 47:1024-1031.
31. Winton EC, Clark DM, Edelman RJ. Social anxiety, fear of negative evaluation and the detection of negative emotion in others. *Behav Res Ther* 1995; 33:193-196.
32. McClure EB, Pope K, Hoberman AJ, Pine DS, Leibenluft E. Facial expression recognition in adolescents with mood and anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1172-1174.
33. Cooper RM, Rowe AC, Penton IS. The role of trait anxiety in the recognition of emotional facial expressions. *J Anxiety Disord* 2008; 22:1120-1127.
34. Montagne B, Shutters S, Westenberg HG, van Honk J, Kessels RP, Haan EH. Reduced sensitivity in the recognition of anger and disgust in social anxiety disorder. *Cogn Neuropsychiatry* 2006;11:389-401.
35. Sousa JPM, Crippa JAS, Filho AS, Freitas MCS, Baptista CA, Trzesniak C, Loureiro SR, Hallak JEC. Facial emotion recognition is affected in social phobia and panic disorder. 29. European Conference on Visual Perception 2006; 35:137.
36. Doberenz S, Roth WT, Wollburg E, Breuninger C, Kim S. Twenty-four hour skin conductance in panic disorder. *J Psychiatr Res* 2010; 44:1137-1147.
37. Labuschagne I, Phan K.L, Wood A, Angstadt M, Chua P, Heinrichs M, Stout JC, Nathan PJ. Oxytocin attenuates amygdala reactivity to fear in generalized social anxiety disorder. *Neuropsychopharmacology* 2010; 35: 2403-2413.
38. Ikeda Y, Nomura S, Sawa Y, Nakazawa T. The effects of antidepressants on the autonomic nervous system. *J Neural Transm* 1982; 54:65-73.
39. Sayın A. Sosyal anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Derg*. 2007; 10:3-10.
40. Baldwin D, Bobes J, Stein DJ, Scharwachter I, Faure M. Paroxetine in social phobia/social anxiety disorder. *Br J Psychiatry* 1999; 178:120-126.
41. Simon NM, Worthington JJ, Doyle AC, Hoge EA, Kinrys G, Fischmann D, Link N, Pollack MH. An open-label study of levetiracetam for the treatment of social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; 65:1219-1222.
42. Thorisdottir AS, Tryggvadottir A, Saevarsson ST, Bjornsson AS. Brief report: sudden gains in cognitive-behavioral group therapy and group psychotherapy for social anxiety disorder among college students. *Cogn Behav Ther* 2018; 47:462-469.
43. Carrie LM, Rachel GK, Eric AS, Bernard C. School-based behavioral treatment for social anxiety disorder in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:780-786.
44. Özbek A, Leutz GLL. Moreno'ya göre rol kuramı. Psikodrama Grup Psikoterapisinde Sahnesel Etkileşim. İkinci basım, Abdülkadir Özbek Psikodrama Enstitüsü Yayınları No:1. Ankara, Ayrıntı Basımevi, 2003, s. 31-52, 142-146.
45. Yalom ID. Grup psikoterapisinin teori ve pratiği. Tangör A, Karaçam Ö (Çeviri Ed.), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 1992, s. 66-108.
46. Doğaner İ, Vahip I. İki uçlu duygudurum bozukluklarında sosyometrik psikodramatik grup psikoterapisi uygulaması. *Türk Psikiyatri Derg* 1994; 5:127-133.
47. Gülseren L, Turgut S, Yaprak S, Kültür S. Şizofreni tanısı konmuş bir grup hastanın aileleriyle sosyometrik psikodramatik grup terapisi süreci. *Türk Psikiyatri Derg* 1999; 10:325-331.
48. Ruddy RA, Dent-Brown K. Drama therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 24: 1-25.
49. Akdöl YÖ. Alzheimer hastalarının yakınları ile psikodrama çalışması. Dr. Abdülkadir Özbek Psikodrama Enstitüsü, Psikodrama Yeterlik Tezi, İzmir. 2014.
50. Sözeri Varma G, Oğuzhanoglu NK, Ateşçi FÇ, Karagöz N, Apa F. Alzheimer hastasına bakım veren yakınlarında psikodramatik grup terapisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2018; 19:567-576.
51. Sözeri Varma G, Karadağ F, Kalkan Oğuzhanoglu N, Özdel O. Depresyon tedavisinde grup psikoterapisi ve psikodramanın yeri. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2017; 20:308-317.
52. Barkowski S, Schwartze D, Strauss B, Burlingame GM, Barth J, Rosendahl J. Efficacy of group psychotherapy for social anxiety disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *J Anxiety Disord* 2016; 39:44-64.

Bir bölge ruh sağlığı hastanesi çocuk ve ergen yataklı servisinde madde kullanımı nedeniyle yatarak tedavi gören gençlerin klinik ve sosyodemografik özellikleri

A clinical and sociodemographic evaluation of youths with substance use disorders in a child and adolescent inpatient unit of mental health hospital

Öznur Bilaç¹, Canem Kavurma¹, Arif Önder¹, Yakup Doğan¹, Gülçin Uzunoğlu², Erol Ozan³

¹Uzm. Dr., ²Uzm. Hem., Manisa Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, Manisa, Türkiye

<https://orcid.org/0000-0001-8369-6215>-<https://orcid.org/0000-0002-1644-4859>-<https://orcid.org/0000-0003-0571-9295>

<https://orcid.org/0000-0003-0961-3658>-<https://orcid.org/0000-0001-5948-5223>

³Doç. Dr., Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri A.D., Manisa, Türkiye <https://orcid.org/0000-0001-5860-2803>

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada; Bölge Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Çocuk ve Ergen Birimi yataklı servisinde madde kullanımı nedeniyle yatarak tedavi gören hastaların sosyodemografik özelliklerinin ve kullandıkları maddelere ait özelliklerin incelenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Bölge Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Çocuk ve Ergen Birimi yataklı servisinde 2014- 2017 tarihleri arasında madde kullanımı nedeniyle yatarak tedavi gören hastaların yatış dosyası ve bilgisayar kayıtları geriye dönük olarak incelenmiştir. İstatistiksel analiz için SPSS 20.00 İstatistiksel Paket Programı kullanılmıştır. **Bulgular:** 2014- 2017 tarihleri arasında, madde kullanan doksan iki çocuk ve genç tedavi edilmiştir. Olguların yaş ortalaması 15,4 yıl (SD=1,4 yıl), madde kullanmaya başlama yaşı ise 13,1 (SD=1,4) olarak bulunmuştur. Hastaların %68,5'i erkek, %31,5 kız hastadır. En çok kullanıldığı saptanan maddeler, çoğul madde (%81,3) ve esrardır ve ekstazi (%62). Madde kullanan gençlerin çoğunluğunun madde ile arkadaş çevresinde tanıştığı (%90,2) ve yaşam koşullarının alt sosyoekonomik düzeyde (%50) olduğu tespit edilmiştir. **Sonuç:** Kliniğimiz verilerine göre madde kullanımı gençleri de etkileyen ve özellikle alt sosyoekonomik düzeyde ve erkek ergenlerde görülen önemli bir sorundur. Çalışmamız sadece klinik örnekleme temsil etmektedir, bu nedenle konuyla ilgili daha fazla toplum örneklemleri epidemiyolojik çalışmalara ihtiyaç vardır.

SUMMARY

Objective: The aim of this study was to evaluate the demographic and clinical data of substance users who were intreatment in Mental Health Hospital Child and Adolescent Psychiatry Inpatient Department. **Method:** Medical records of substance user patients treated between 2014 and 2017 in Inpatient Child Psychiatry Unit of Mental Health Hospital were examined retrospectively. SPSS 20.00 Statistical Package Program was used for statistical analysis. **Results:** Ninety-two substance user child and youth had been treated. The median age of cases was 15,4 (SD±1,4), the onset age of substance use was 13,1 (SD±1,4). 68,5% of these case is male gender and 31,5% is female. The most common substance used is marijuana and extacy (62%), the substance user youth have met with the substance around friends (90,2%). Living conditions were found to be lower socioeconomic level (50%). **Discussion:** According to our clinic results, substance use is an important problem affecting youths, especially at lower socioeconomic level and male adolescents. Our study represents only the clinical sample, so there is a need for more community-based epidemiological studies.

Key Words: Child, adolescent, drug addiction

Anahtar Sözcükler: Çocuk, ergen, madde bağımlılığı

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2019;22:463-471)

DOI: 10.5505/kpd.2019.30075

GİRİŞ

Ergenlik dönemi madde kullanımı için en riskli dönemlerden biridir. Çocuk ve ergenler, alkol ve madde kullananlar arasında en yatkın olanlardır; çünkü beyinleri halen gelişim sürecindedir. Bilişsel, duygusal, sosyal ve fiziksel açıdan henüz yeterince olgun değildirler. Bu sebeplerden dolayı kendi sınırları konusunda farkındalıkları azdır. Genelde zehirlenmeyle sonuçlanan ve kendilerine yüksek riskli durumlar yaratacak şekilde, yüksek dozlarda alkol ve madde kullanırlar (1). Yapılan çalışmalar, ergenlerin erişkinlere oranla, yeni veya bilinmeyen maddeleri kullanarak ve daha ucuz, daha saf olan maddelere yönelerek “yüksek riskli” madde kullanma davranışı içinde olduğunu göstermiştir (2). Madde kullanım bozukluğu, tanı kılavuzlarında yer alan ölçütler öncülüğünde hazırlanan yapılandırılmış ya da yarı yapılandırılmış klinik görüşmeler, ölçekler ve laboratuvar testleri yardımı ile değerlendirilmektedir. Madde kullanımının nesnel kanıtları sıklıkla idrarda, bazen saç veya kanda madde veya metabolitleri taranarak aranır (3).

Tanı kılavuzlarında madde kullanım bozuklukları için belirlenen tanı ölçütlerinin yaş gruplarına göre değişiklik göstermediği görülmektedir. Psikiyatride hastalıkların ve bozuklukların sınıflandırılmasında en yaygın kullanılan sistem Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından ilan edilen ve belli aralıklarla yenilenen DSM beşinci baskısıyla kullanıma sunulmuştur (4). Çocuk ve ergenlerde madde kullanım bozukluğu tanısı erişkinler için kullanılan DSM-5 tanı ölçütlerine göre değerlendirilmektedir (3). Madde kullanımı ergenlerde yaşla birlikte artmaktadır, kötüye kullanım, denemeden problemli kullanıma doğru ilerlemektedir ve bağımlılığa sebep olmaktadır (5). Hangi gencin problemli kullanımdan kötüye kullanıma veya bağımlılığa geçeceğini öngörmek zordur; ancak yatkınlığı arttıran bazı risk faktörleri bulunmaktadır. Aile öyküsünde madde kullanım bozukluğunun bulunması, 14 yaşından önce madde kullanmaya başlamış olması, komorbid psikiyatrik hastalığın bulunması, ebeveynlerinin veya arkadaşlarının madde kullanması ve düşük akademik performans bu risk faktörlerindedir (6,7). Çocuk ve ergenlerde madde kullanımında risk faktörleri kadar sebep olduğu sonuçlar da önemlidir. Çocuk ve ergenlerde madde kullanımı trafik kazalarından,

suç işleme davranışına, bir olayın kurbanı olmaktan, riskli davranışlar ve nörolojik bozukluklara kadar uzanabilen çok ciddi ve çok boyutlu sonuçlara yol açabilmektedir (8).

Çocuk ve ergenlerde madde kullanımı, gençlerin normal gelişim sürecini rayından çıkarabilmekte, gelişimsel görevlerin yerine getirilmesini güçleştirmekte, genç erişkinliğe başarılı bir şekilde geçmek için önemli olan olasılıkları değerlendirme yeteneğinin gelişimini etkileyebilmektedir (9). Ergenlerde madde kullanımı aileleri, sağlık çalışanları, okulları ve aynı zamanda politika üreticilerini endişelendiren büyük bir toplum ruh sağlığı sorunudur. Son yıllarda ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalar, madde kullanımının ergenler arasında yaygınlaşmakta olduğunu, ilk kullanma yaşının giderek düştüğünü göstermektedir (10). Çocuk ve ergenlerde madde bağımlılığı çok boyutlu bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Madde bağımlılığıyla mücadelede koruyucu, önleyici ve minimize edici hizmetlerin yanı sıra madde bağımlılığına karşı geliştirilebilecek müdahale yöntemleri de karmaşık ve zorlu aşamaları içeren bir süreci kapsamaktadır. Bu anlamda madde bağımlılığıyla ilgili değişkenler ve mücadele yöntemleri, toplumdan topluma farklılık gösterse de esasen madde bağımlılığını önlemede koruyucu, önleyici ve iyileştirici tedbirlere yönelik politika ve uygulamaların küresel bir boyut kazandığı belirtilmektedir (11).

Bu çalışmada Bölge Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Çocuk ve Ergen Birimi yataklı servisinde madde kullanımı nedeniyle tedavi gören vakaların, sosyodemografik özellikleri, kullandıkları maddeler, madde ile tanışma ortamları ve eşlik eden psikiyatrik tanıları retrospektif olarak incelenmiş ve literatür gözden geçirilerek tartışılmıştır. Çalışmada belirlenen çocuk ve ergenlerde madde bağımlılığında saptanan değişkenlerin, belirlenecek koruyucu, önleyici ve iyileştirici tedbirler oluşturulmasına katkı sağlayabileceği düşünülmüştür.

YÖNTEM

2014–2017 tarihleri arasında Bölge Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk ve Ergen Birimi yataklı

servisinde madde kullanımı nedeniyle tedavi gören 152 hastanın dosyası taranarak, dosya bilgileri tam olan 92 hasta değerlendirmeye alınmıştır. Geriye dönük olarak yatan hasta dosyalarından elde edilen veriler incelenmiştir. Çocuk ve gençlerin tanıları Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskısı (DSM-5)'na dayalı klinik görüşme ile belirlenmiştir. Tanısal değerlendirmede rutin olarak ek başka bir araç kullanılmamıştır. Çalışma Manisa Celal Bayar Üniversitesi Etik Kurulu'ndan izin alındıktan sonra başlamıştır. İstatistiksel analiz için SPSS 20.0 kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede kategorik veriler için çapraz tablolar oluşturulup, Pearson Chi-Square analizi yapılmıştır. Veriler sayı ve yüzde şeklinde özetlenmiştir ve $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı alınmıştır.

BULGULAR

Yatarak tedavi gören 92 hastanın yaş dağılımı 11 ile 18 arasındaydı, yaş ortalaması 15,4 idi ($SD=1,4$). Hastaların 63'ü (%68,5) erkek, 29'u (%31,5) kız hastaydı. Kızların ve erkeklerin yaş ortalamaları sırasıyla 15,6 ($SD=1,4$) ve 14,8 ($SD=1,1$) olarak saptandı. Maddeye başlama yaşı ortalama 13,1 ($SD=1,4$), kızlarda 12,8 ($SD=1,3$) ve erkeklerde

13,2 ($SD=1,5$) olarak tespit edildi. On sekiz (%19,6) hastanın eğitimini sürdürdüğü, 74'ünün (%80,4) eğitimini lise veya daha öncesi dönemde bırakmış olduğu görüldü. Akademik başarının çoğunlukla kötü (%70,7) olduğu ve genellikle sosyoekonomik düzeylerinin alt ve orta olduğu tespit edildi. Hastaların 45'inin (%48,9) şehir merkezinde, 38'sinin (%41,3) ilçede, dokuzunun (%9,8) köy/kasabada yaşadığı ve çoğunluğunun Manisa dışından başvurduğu (%80,4) saptandı. Cinsiyetler açısından geldikleri bölge dağılımının benzerdi ($p=0,537$). En çok başvurunun sırasıyla İzmir (%41,3) ve Manisa'dan (%19,6) olduğu görüldü. Hastalara ait demografik özellikler Tablo 1'de özetlenmiştir.

Hastaların annelerinin ve babalarının yaş ortalamaları sırasıyla 40,7 ($SD=5,9$) ve 44,8 ($SD=6,5$) idi. Hastaların ebeveynlerinin çoğunun evli olduğu ve eğitiminin ilköğretim düzeyinde olduğu saptandı. Kızların ailelerinde istatistiksel olarak boşanmanın fazla olduğu görüldü ($p=0,021$). Ergenlerin %19,6'sının ailesinde madde kullanımı öyküsü olduğu, cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p=0,854$), annelerin %9,8'inde ve babaların %15,2'sinde psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu tespit edildi. Annede psikiyatrik hastalık öyküsü kızlarda istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 1. Yatarak tedavi gören ergenlerin sosyodemografik özellikleri

	Toplam vaka (s=92)		Kız (s=29)		Erkek (s=63)	
	S	%	S	%	S	%
Eğitime devam durumu						
Devam ediyor	18	19,6	6	20,7	12	19
Devam etmiyor	74	80,4	23	79,3	51	81
Olumsuz yaşam öyküsü						
Var	48	52,2	21	72,4	27	42,9
Yok	44	47,8	8	27,6	36	57,1
Okul başarısı						
İyi	4	4,3	3	10,3	1	1,6
Orta	23	25	14	48,3	9	14,3
Kötü	65	70,7	12	41,4	53	84,1
Sosyoekonomik düzey						
Alt	46	50	16	55,2	30	47,6
Orta	44	47,8	12	41,4	32	50,8
Üst	2	2,2	1	3,4	1	1,6
Geldiği bölge						
Köy/kasaba	9	9,8	4	13,8	5	7,9
İlçe	38	41,3	10	34,5	28	44,4
Şehir merkezi	45	48,9	15	51,7	30	47,6
Kaldığı yer						
Ev	72	78,3	20	60,9	52	82,5
Çocuk evi	2	2,2	2	6,9	-	-
Yurt	8	8,7	3	10,3	5	7,9
BSRM	6	6,5	2	6,9	4	6,3
Akraba yanı	4	4,3	2	6,9	2	3,2

Tablo 2. Yatarak tedavi gören ergenlerin ailelerinin sosyodemografik özellikleri

	Toplam vaka (s=92)		Kız (s=29)		Erkek (s=63)	
	S	%	S	%	S	%
Ebeveyn medeni durum						
Evli	57	62	13	44,8	44	69,8
Boşanmış	31	33,7	15	51,7	16	25,4
Vefat etmiş	4	4,3	1	3,4	3	4,8
Anne eğitim düzeyi						
Okula gitmemiş	11	12	4	13,8	7	11,1
İlkokul	56	60,9	17	58,6	39	61,9
Ortaokul	22	23,9	6	20,7	16	25,4
Lise ve üstü	3	3,3	2	6,9	1	1,6
Baba eğitim düzeyi						
Okula gitmemiş	3	3,3	2	6,9	1	1,6
İlkokul	48	52,2	11	37,9	37	58,7
Ortaokul	27	29,3	12	41,4	15	23,8
Lise ve üstü	14	15,2	4	13,8	10	15,9
Anne meslek						
Ev hanımı	72	78,3	20	69	52	82,5
İşçi	10	10,9	3	10,3	7	11,1
Özel sektör	5	5,4	4	13,8	1	1,6
Serbest meslek	5	5,4	2	6,9	3	4,8
Baba meslek						
İşsiz	11	12	5	17,2	6	9,5
İşçi	37	40,2	12	41,4	25	39,7
Memur	5	5,4	2	6,9	3	4,8
Özel sektör	1	1,1	-	-	1	1,6
Serbest meslek	25	27,2	5	17,2	20	31,7
Emekli	13	14,1	5	17,2	8	12,7
Ailede madde öyküsü						
Var	18	19,6	6	20,7	12	19
Yok	74	80,4	23	79,3	51	81
Annede psikiyatrik hastalık						
Var	9	9,8	6	20,7	3	4,8
Yok	83	90,2	23	79,3	60	95,2
Babada psikiyatrik hastalık						
Var	14	15,2	7	24,1	7	11,1
Yok	78	84,8	22	75,9	56	88,9

yüksek saptandı ($p=0,017$), babada psikiyatrik hastalık açısından anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0,106$). Ailelerin sosyodemografik özellikleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Doksan iki hastanın psikotrop ilaç kullandığı, %41,3'ünde tekli ilaç kullanımı olduğu, en sık kullanılan ilaç grubunun antipsikotik ve antidepresan ilaçlar olduğu ve çoğunlukla çoklu ilaç kullanımı olduğu saptandı (Tablo 3).

Eşlik eden komorbid tanıların, major depresif bozukluk (MDB), davranım bozukluğu (DB), dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu (DEHB), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), bipolar bozukluk (BPB) olduğu görülmüştür. MDB (%20,6) ve DB (%43,4) en sık eşlik eden tanılar olup, kızlarda DB ve MD sıklığının sırasıyla %48,2 ve %20,6, erkeklerde ise sırasıyla %41,2 ve %20,6 olduğu saptandı. Eşlik eden tanılar Tablo 4'te verilmiştir.

En çok esrar (%61,9) ve ekstazi (%61,9) kullanımı olduğu, bunu bali (%55,4) ve sentetik kannabinoid (%55,4) kullanımının takip ettiği, kızlarda en sık kullanılan maddenin esrar (%62,1), erkeklerde ise ekstazi (%63,5) olduğu görüldü. İstatistiksel olarak cinsiyetler arasında kullandıkları maddeler açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Çoklu madde kullanımı oranı %81,5 olarak saptandı. Kız ergenlerin %89,8'inin ($n=16$), erkek ergenlerin %77,8 ($n=49$) çoklu madde kullanmakta olduğu saptandı, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=0,241$) (Tablo 5).

Madde kullanan gençlerin çoğunluğunun madde ile arkadaş çevresinde tanıştığı (%90,2), kız ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı ($p=0,889$) ve yaşam koşullarının alt sosyoekonomik düzeyde (%50) olduğu, cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p=0,634$) tespit edilmiştir. %52,2'sinin geçmişinde olumsuz yaşam olayı öyküsü bulunduğu ve kızlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde

Tablo 3. Madde kullanımı nedeniyle yatarak tedavi gören ergenlerin tedavilerinde kullanılan farmakoterapatik ajanlar

Farmakoterapatik ajanlar	Sayı	%
Antipsikotik	35	38,0
Antidepresan	3	3,3
Antipsikotik+antidepresan	34	37,0
Suboksan+antidepresan	2	2,2
Antipsikotik+bzd	8	8,7
Antipsikotik+antidepresan+ddd	3	3,3
Stimulan+antipsikotik	4	4,3
Antipsikotik+ddd	2	2,2
DDD+antidepresan	1	1,1

bzd:benzodiazepin, DDD:duygudurum düzenlevici daha fazla olduğu ($p=0,008$), çoğunluğunun akademik başarısının kötü olduğu (%70,7), kız ve erkeklerin çoğunun eğitime devam etmediğinin ve bu açıdan aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı ($p=0,854$) görülmüştür.

TARTIŞMA

Bu çalışmada, çocuk ve ergenlere yataklı tedavi hizmeti veren bir bölge ruh sağlığı hastanesinde madde kullanımı nedeniyle tedavi edilen olguların psikososyodemografik verileri incelendi. Literatür incelendiğinde geriye dönük bu alanda yapılmış araştırma sayısı ülkemizde çok kısıtlı sayıda olduğu dikkati çekmektedir (12).

Epidemiyolojik çalışmalarda madde kullanım bozukluğunun 13-18 yaş aralığındaki çocuk ve ergenlerde yaşam boyu görülme sıklığının %11,4 olduğu ve cinsiyet açısından fark olmadığı belirtilmektedir (13).

2010 yılında yapılan bir çalışmada alkol, esrar ve sigaranın ergenler arasında halen en sık kullanılan maddeler olmayı sürdürdüğünü gösterilmiştir (14). Aynı çalışmada ergenler arasında alkol kullanım sıklığının %23 olduğu saptanmıştır. Esrar kullanımının ise son üç yıl içerisinde arttığı ve %24,5'e ulaştığı gösterilmiştir. Bu sonuç her 16 gençten birinin günlük esrar kullandığına işaret

etmektedir (14). Ülkemizde İstanbul ili örnekleminde 10.sınıfta okuyan lise öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada ise yaşam boyu en az bir madde kullanım yaygınlığı, alkol için %51,2, sigara için %37, uçucu maddeler için %5,9, esrar için %5,8, ekstazi için %3,1 ve eroin için %1,6 olarak bulunmuştur (15). 2003 yılında lise ikinci sınıf öğrencileri üzerinde yapılmış olan bir yaygınlık çalışmasında yaşam boyu herhangi bir madde kullanımı %6, esrar kullanımı % 5,1, uçucu madde kullanımı % 5,2, ekstazi kullanımı %3,2, eroin kullanımı %2,8 bulunmuştur (16). Ülkemizde yapılmış başka bir çalışmada, madde kullanım bozukluğu olan ergenlerde, kullanılan maddelerin oranları değerlendirildiğinde en sık kullanılan maddenin sigara olduğu (%94,4), bunu sırasıyla esrar (%75,2), uçucu maddeler (%53,8), ekstazi (%43,6), alkol (%43,2) kullanımının takip ettiği bildirilmiştir (17). Yapılan araştırmalar incelendiğinde bu yaş grubunda sigara kullanımı sıklığı ile ilgili %13,1-94,4 gibi çok farklı sonuçların olduğu görülmektedir (17-19). Öğrenciler arasında yaşam boyu en az bir kez sigara deneme oranı %61,5 bulunmuştur (20).

Esrar (%61,9) kullanımının bizim örnekleminizde de benzer şekilde daha fazla olduğu ve eşit sıklıkta ekstazi (%61,9) kullanımının olduğu, bunu uçucu madde (%55,4) ve sentetik kannabinoid (%55,4) kullanımının takip ettiği, sigara kullanımının ise %41,3 olduğu görüldü. Literatürden farklı olarak sigara kullanımının esrar, ekstazi ve uçucu kullanımına göre az olması, yataklı tedavi gerektirmemesi ve diğer maddelere eşlik eden kullanım olması olabilir.

Madde kullanan ergenlerde ilk alkol kullanma yaşı ortalaması 11,9 olarak verilirken, ülkemizde ergenlerde uçucu madde kullanmaya ilk başlama yaşı en yüksek oranda (%21,8) 14 yaş olarak saptanmıştır (21, 22).

Tablo4. Madde kullanımı nedeniyle yatarak tedavi gören ergenlerde komorbid tanılar

	Toplam örneklem(92)		Kız=29		Erkek=63	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
DB	40	43,4	14	48,2	26	41,2
MDB	19	20,6	6	20,6	13	20,6
DEHB	4	4,3	1	3,4	3	4,7
BPB	2	2,1	1	3,4	1	1,5
PTSB	1	1,1	1	3,4	-	-
Psikotik bozukluk	1	1,1	1	3,4	-	-

DB:Davranım bozukluğu MDB:Major depresif bozukluk DEHB:Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu BPB:Bipolar bozukluk PTSB:Posttravmatik stres bozukluğu

Tablo 5. Yatarak tedavi gören ergenlerin kullandıkları maddeler

Kullandıkları maddeler	Toplam örneklem(s=92)		Kız (s=29)		Erkek(s=63)		P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Esrar	57	61,9	18	62,1	39	61,9	0,988
Uçucu	51	55,4	18	62,1	33	52,4	0,385
Ekstazi	57	61,9	17	58,6	40	63,5	0,655
Eroin	9	9,7	3	10,3	6	9,5	0,902
Sentetik Kannabinoid	51	55,4	16	55,2	35	55,6	0,973
Bzd	13	14,1	3	10,3	10	15,9	0,748
Kokain	3	3,2	2	6,9	1	1,6	0,183
Sigara	38	41,3	13	44,8	25	39,7	0,641
Alkol	31	33,6	10	34,5	21	33,3	0,914
Madde sayı							
1	17	18,5	3	10,3	14	22,2	0,173
2 ve üzeri	72	81,5	26	89,7	49	77,8	
Madde ile tanıştığı yer							0,889
Arkadaş çevresi	83	90,2	26	89,7	57	90,5	
İş yeri	3	3,3	1	3,4	2	3,2	
Okul	5	5,4	2	6,9	3	4,8	
Diğer	1	1,1	-	-	1	1,6	

s:vaka sayısı Bzd:benzodiazepin p <0.05 istatistiksel olarak anlamlı

Esrar kullanımının yaygınlığını araştıran bir başka çalışmada ilköğretim ve ortaöğretim öğrencileri için sırasıyla 12,2 (\pm 2), 13,8 (\pm 1,93) yaş olarak bulunmuştur (23). Uçucu madde kullanım yaşı ilköğretim ve ortaöğretim öğrencilerinde sırasıyla 12,0 (\pm 2,2), 13,4 (\pm 1,8) olarak bildirilmiştir (24). Maddeyi ilk kullanma yaşları bir çalışmada 13,7 (\pm 2,16) olarak bildirilmiştir (17). Yüncü ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada sigara dışında herhangi bir maddeyi ilk deneme yaş ortalaması 13,7 (\pm 1) - 14,5 (\pm 1,9) olarak bildirmişlerdir (12). Çalışmamızda madde kullanımı nedeniyle yatarak tedavi gören gençlerin yaş dağılımı 11-18 (ortalama 15,4) olup, madde başlama yaşı (13,1) literatürdeki verilere benzer bulundu.

Bu yaş grubunda çoğul madde kullanıcılığının sık olduğu bildirilmektedir. (17, 25). Çoğul kullanımda amaç maddelerin etkisini artırmak, asıl tercih edilen maddeye ulaşamadığında diğer maddeyle idame etmek ya da primer maddenin zararlı etkisini dengelemek olabilir (26). Yüncü ve ark.nın çalışmasındaki sonuca (%86,9) yakın bir şekilde, araştırmamızda çoklu madde kullanımı sıklığı %81,3 olarak bulundu (17).

Sigara içme yaygınlığının, erkek öğrencilerde (%17,2) kız öğrencilerden (%7,1) belirgin olarak yüksek olduğu (18), erkeklerde kızlara göre esrar kullanım riskinin 3,7 kat, uçucu madde kullanım

riskinin 1,6 kat, eroin kullanım riskinin 4,7 kat, ekstazi kullanım riskinin 5,1 kat, kokain kullanım riskinin ise 4,6 kat daha fazla olduğu (27), yapılan benzer çalışmalarda erkeklerin kızlara oranla daha fazla madde kötüye kullanım öyküsü olduğu bulunmuştur (17, 28-30). Bazı araştırmalarda ise cinsiyetler arasında farklılık olmadığı bildirilmiştir (13). Çalışmamızda yatarak tedavi gören erkek ergenler daha çok olmakla birlikte, esrar kullanımı kızlarda %62,1, erkeklerde %61,9, uçucu madde kullanımı kızlarda %62,1, erkeklerde %52,4, ekstazi kullanımı kızlarda %58,6, erkeklerde %63,5, sigara ve alkol kullanımı ise sırasıyla kızlarda %44,8 - %34,5, erkeklerde %39,7 - %33,3 olarak bulundu. Merikangas ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları araştırmanın sonuçlarına benzer olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Madde bağımlılığı ile ilişkisi en fazla araştırılan değişkenler yaş, cinsiyet, kişilik özellikleri, anne-babanın eğitim düzeyi, aileden ya da arkadaşlardan birinin sigara kullanma durumu gibi faktörlerdir (31, 32). Madde bağımlısı arkadaşı bulunan ergenlerin madde kullanmaya daha sık yöneldikleri bildirilmektedir. (31, 33, 34). Araştırmamızda da benzer şekilde çoğunlukla madde ile arkadaş çevresinde ilk karşılaşıldığı ve başlandığı bulundu.

Literatür incelendiğinde madde kullanımı ile akademik başarı arasındaki ilişkiyle ilgili farklı

sonuçların olduğu dikkati çekmektedir. Ludden ve Eccless 2007 yılında yaptıkları bir araştırmada madde kullanımının okul başarısı ile doğrudan ilişkisi bulunmadığını, en sık madde kullanan öğrencilerin yüksek notları olan, sosyal nedenlerle okula devam eden ve iyi arkadaşlık kuran öğrenciler olduğunu bildirmişlerdir (35). 2004 yılında yapılmış olan araştırmada sigara kullandığını bildiren öğrenciler kullanmayanlara göre, 2006 yılında daha düşük akademik başarı göstermişlerdir (36). Çalışmamızda olguların çoğunluğunun (%70,7) akademik başarısının düşük olduğunu saptadık.

Akademik güçlükler, davranım bozukluğu ve depresyon gibi eşlik eden psikiyatrik bozukluklar, anne-baba ve akranların madde kullanımı, dürtüsellik ve erken dönemde başlayan sigara kullanımı risk faktörleri olarak bildirilmektedir (37, 38). Zincir ve ark. (2012), sigara ve alkol kullanımı ve bağımlılığın depresyon, anksiyete, iki uçlu bozukluk, antisosyal kişilik bozukluğu, şizofreni, sınır kişilik özellikleri gibi birçok psikiyatrik durumla ilişkili olduğunu vurgulamaktadır (16,39). Çalışmamızda en sık eşlik eden psikiyatrik tanıları sırasıyla DB (%43,4), MDB(%20,6) ve DEHB (%4,3) olarak saptandı. Ergenlerde madde kullanımına davranım bozukluğu ve depresyonun sıklıkla eşlik ettiği bildirilmektedir (40,41). Çalışmamızda da literatürü destekler nitelikte en sık eşlik eden tanıları DB ve MDB olarak saptanmıştır.

Steven ve ark.nın (2008) yaptıkları araştırmada annenin madde kullanımının kız ergenlerde madde kullanımı için risk faktörü olduğunu bildirmişlerdir (42). Araştırmamızda da benzer şekilde madde kullanımı nedeniyle yatarak tedavi gören kızların annelerinde madde kullanımı sıklığı, erkek ergenlere göre anlamlı derece daha fazlaydı.

Yapılan araştırmalarda sosyoekonomik düzeyle madde arasındaki ilişki açısından farklı sonuçlar bildirilmektedir. Bazı araştırmalarda gelir düzeyi ve sosyoekonomik düzeyi yüksek olanlarda madde kullanımının daha fazla olduğunu bildirilmektedir (27,28). Peltzer ve ark.nın yaptıkları araştırmada ise yoksulluğun madde (sigara, alkol, uyuşturucu) kullanımı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (43).

Çalışmamızda madde kullanımı nedeniyle yatan ergenlerin büyük kısmının, sosyoekonomik olarak alt (%50) ve orta (%47,8) düzeyde yer aldığı saptandı.

Çalışmamız çok az sayıda araştırmaya konu olan bir alana dair veriler sunuyor olmakla birlikte, verilerin değerlendirilirken göz önünde bulundurulması gereken kısıtlılıkları vardır. Birincisi araştırmamız kesitsel ve retrospektif şekilde dizayn edilmiştir ve 152 hastanın dosya bilgilerine ulaşılmış, dosyaları araştırma desenine uygun şekilde olan 92 hasta çalışmaya alınmıştır. İkincisi farmakoterapi için kullanılan ajanlar genel gruplar altında toplanmış ve ayrıntı verilememiştir. Bu nedenle longitudinal çok merkezli, geniş örneklemli çalışmalar bulguların tüm psikopatoloji popülasyonu için genellenmesini sağlayabilecektir.

Sonuç olarak günümüzde ergenlerde madde kullanımı önemli bir sorun haline gelmiştir. Ülkemizde literatür incelendiğinde yapılan araştırmaların daha çok öğrencilerle ve ayaktan tedavi uygulanan kişiler üzerinde yapıldığı, madde kullanımı nedeniyle yataklı tedavi gören çocuk ve ergenlerle yapılmış az sayıda araştırma olduğu görülmektedir. Bu nedenle araştırmamız bu alanda yapılan az sayıda araştırmadan biri olması sebebiyle önem arz etmektedir. Literatürdeki araştırmalardan farklı sonuçlar elde edilmesinin nedeni olarak, araştırmanın kesitsel olması ve sadece yataklı tedavi gören gençlerin incelenmesi olabilir. Bu konuda ülkemizde yapılacak çalışmaların artması, ergenlerde madde kullanımı ile ilgili bilimsel verilere önemli katkılar sağlayacak ve koruyucu önlemlerin planlanması konusunda yol gösterici olacaktır.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr., Öznur Bilaç, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Birimi, Manisa, Türkiye oznurbilac@gmail.com.

KAYNAKLAR

1. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustun TB. Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20:359.
2. Vardakou I, Pistos C, Spiliopoulou C. Drugs For Youth Via Internet and the Example of Mephedrone. *Toxicol Lett* 2011;201:191-195.
3. Çuhadaroğlu ÇF. Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı. Ankara, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları, 2008, pp. 554-569
4. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Köroğlu E (Çeviri Ed.) Ankara, Hekimler Yayın Birliği., 2013.
5. Sanchez-Samper X, Knight JR. Drug abuse by adolescents: general considerations. *Pediatr Rev* 2009;30:83-93.
6. Dawson DA, Goldstein RB, Chou SP, RuanJW, Grant BF. Age at first drink and the first incidence of adult-onset DSM-IV alcohol use disorders. *Alcohol Clin Exp Res* 2008;32:2149-2160.
7. Lynskey MT, Agrawal A, Heath AC. Genetically informative research on adolescents substance use: methods, findings, and challenges. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49:1202-1214.
8. Bennett T, Holloway K, Farrington D. The statistical association between drug misuse and crime: a meta-analysis. *Aggress Violent Behav* 2008; 13:107-118.
9. Griffin KW, Botvin JG. Evidence-based interventions for preventing substance use disorders in adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am* 2010;19:505-526.
10. Yule AM, Jefferson B, Prince JB. Evidence-Based School Psychiatry Adolescent Substance Use Disorders in the School Setting. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2012;21:175-86.
11. Karataşoğlu S. Sosyal politika boyutuyla madde bağımlılığı. *Türk İdare Derg* 2013;476:321-352.
12. Yüncü Z, Saatçioğlu H, Aydın C, Özbaran NB, Altıntoprak E, Köse S. Bir Şehir Efsanesi: Madde Kullanmaya Başlama Yaşı Düşüyor mu? *Literatur Semp* 2014; 4:43-50.
13. Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, Swendsen J. Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplementation (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49:980-989.
14. Johnston LD, Miech RA, O'Malley PM, Bachman, JG, Schulenberg JE, Patrick ME. Monitoring the Future national-survey results on drug use, 1975-2017: Overview, key findings on adolescent drug use. 2018.
15. Ögel K, Taner S, Eke CY. Onuncu sınıf öğrencileri arasında tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı: İstanbul örnekleme. *Bağımlılık Derg* 2006;7:18-23.
16. Kurupınar A, Erdamar G. Ortaöğretim Öğrencilerinde Görülen Madde Bağımlılığı Alışkanlığı ve Yaygınlığı: Bartın İli Örneği. *Sos Bil Derg* 2014; 1:65-84
17. Yüncü Z, Aydın C, Coşkunol H, Altıntoprak E, Bayram AT. Çocuk ve Ergenlere Yönelik Bir Bağımlılık Merkezine İki yıl Süresince Başvuran Olguların Sosyodemografik Değerlendirilmesi. *Bağımlılık Derg* 2006;1:31-37.
18. Çelik P, Esen A, Yorgancıoğlu A, Şen FS, Topçu F. Manisa İlinde Lise Öğrencilerinin Sigaraya Karşı Tutumları. *Türk Thorac J* 2000;1:61-66.
19. Ögel K, Tamar EÇ. İstanbul'da Lise Gençleri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı. *J Clin Psy* 2000;4: 242-245.
20. Akfert SK, Çakıcı E, Çakıcı M. Üniversite Öğrencilerinde Sigara-Alkol Kullanımı ve Aile Sorunları ile İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2009;10:40-47.
21. Morrison SF, Rogers PD, Thomas MH. Alcohol and adolescents. *Pediatric Clinics of North America* 1995;42:371-387.
22. Çöpür M. Uçucu Madde Kullanan Çocukların Psikososyal Özellikleri. İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. 1996.
23. Ögel K, Uguz Ş, Sır A, Yenilmez Ç, Tamar M, Çorapçioğlu A, Doğan O, Tot Ş, Bilici M, Tamar D, Evren C, Liman O. Türkiye'de ilköğretim ve ortaöğretim gençliği arasında esrar kullanım yaygınlığı. *Bağımlılık Derg* 2003;4:15-19.
24. Tunçoğlu T. Madde Kullanım Yaygınlığı: Emniyet Genel Müdürlüğü Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı EMCDDA 2012 Ulusal Raporu (2011 Yılı Verileri): Reitox Ulusal Temas Noktası. Türkiye: Yeni Gelişmeler Trendler, Seçilmiş Konular. Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı Merkezi. Türkiye Uyuşturucu Raporu, KOM yayınları, Ankara, 2012.
25. Ayvaşık B, Sümer C. Individual Differences as Predictors of Illicit Drug Use Among Turkish College Students. *The Journal of Psychol* 2010;144:489-505.
26. Ögel K, Tamar D. Uyuşturucu maddeler ve öğrenci anketi bulguları. İstanbul: AMATEM- Özel Okullar Derneği Yayını Prive Ltd; 1996. pp.12-23.
27. Ögel K, Çorapçioğlu A, Sır A, Tot S, Doğan O, Uguz S, Liman O. Türkiye'de Dokuz İlde İlk ve Ortaöğretim Öğrencilerinde Tütün, Alkol Ve Madde Kullanım Yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Derg* 2004;15:112-118.
28. Terzi CK. Ergenlerde Saldırganlığın Madde Bağımlılığı ve Diğer Değişkenlerle İlişkisi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2009.
29. Görgün S, Tiryaki A, Topbaş M. Üniversite öğrencilerinde madde kullanma ve anne babaya bağlanma biçimleri. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2010;11:305-312.
30. Güler N, Güler G, Ulusoy H, Bekar M. Lise öğrencileri arasında sigara, alkol kullanımı ve intihar düşüncesi sıklığı. *Cumhuriyet Tıp Derg* 2009; 31:340-345.
31. Laurence S. Ergenlik. Çok F (Çeviri Ed.) İstanbul: İmge Kitabevi.; 2007.
32. Tekalan A. Uyuşturucu Maddelere Genel Bir Bakış. *Ayık Sağlık, Eğitim ve Kültür Derg* 2012; 87:32.

33. Erdem G, Eke CY, Ögel K, Taner S. Lise Öğrencilerinde Arkadaş Özellikleri ve Madde Kullanımı. *Bağımlılık Derg* 2006;7:111-116.
34. Springer JF, Sale E, Herman J. Characteristics of effective substance abuse prevention programs for high risk youth. *J Prim Prev* 2004; 25:171-219.
35. Ludden AB, Eccles CS. Psychosocial, Motivational, and Contextual Profiles of Youth Reporting Different Patterns of Substance Use During Adolescence. *J Res Adolesc* 2007;17:51-88.
36. Dhavan P, Stigler MH, Perry CL, Arora M, Reddy KS. Is Tobacco Use Associated With Academic Failure Among Government School Students in Urban India? *J Sch Health* 2010;80:552-560.
37. Sadock BJ, Sadock VA. *Klinik Psikiyatri* Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Ed.) Ankara: Güneş Kitabevi.;2007.
38. Şenol, S. Alkol ve Madde Kötüye Kullanım Bozuklukları. İstanbul, Golden Print Yayınları, 2007, pp. 679-692.
39. Zincir SB, Zincir Nihat, Sünbül EA, Kaymak E. Sigara bağımlılığında mizaç ve karakter özelliklerinin bağımlılık düzeyleri ile ilişkisi. *Journal of Mood Disorders* 2012 2:160-166.
40. Westermeyer J: The psychiatrist and solvent inhalant abuse: recognition, assessment, and treatment. *Am J Psychiatry* 1987;144:903-907.
41. Kuğu N, Akyüz G, Erşan E, Doğan O. Sanayi bölgesinde çalışan çıraqlarda madde kullanımı ve etkileyen etkenlerin araştırılması *Anadolu Psikiyatri Derg* 2000; 1:19-25.
42. Schinke SP, Fang L, Cole KCA. Substance use among early adolescent girls: risk and protective factors. *J Adolesc Health* 2008;43:191-194.
43. Peltzer K. Prevalence and correlates of substance use among school children in six african countries. *Int J Psychol* 2009; 44:378-386.

Travmatik beyin hasarının psikiyatrik yönü

Psychiatric aspect of traumatic brain injury

Bahadır Geniş¹, Çiçek Hocaoğlu²

¹Uz. Dr., Çaycuma Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Zonguldak, Türkiye <https://orcid.org/0000-0001-8541-7670>

²Prof., Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Rize, Türkiye <https://orcid.org/0000-0001-6613-4317>

ÖZET

“Sessiz salgın” olarak da adlandırılan travmatik beyin hasarı (TBH), 21. yüzyılın modern tıbbi ile bile hala ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Dünya çapında yaklaşık 70 milyon insan her yıl travmatik beyin hasarı geçirmektedir. Psikiyatrik bozukluklar, TBH'nın kısa süreli ve uzun süreli komplikasyonlarından biridir. TBH sonrası hemen hemen tüm psikiyatrik bozukluklar, özellikle depresyon, anksiyete bozuklukları ve alkol/madde kötüye kullanımı artmaktadır. Fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda yaşanan zorluklardan dolayı intihar girişimlerinde artışa dikkat edilmelidir. TBH sonrası asetilkolin, norepinefrin, dopamin ve serotonin düzeyleri değişmekte ve bu değişiklik psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkışını kısmen açıklamaktadır. Bu değişen nörotransmitterleri düzenlemek için farmakolojik ilaçlar kullanılabilir. Farmakolojik tedaviye ek olarak, çevresel müdahaleler ve bilişsel davranışçı terapi, TBH tedavisinde önemli bir role sahiptir. TBH zamanla daha iyi anlaşılrsa da, hala önemli bir problemdir. Travma sadece hastayı etkilemekle kalmaz, aynı zamanda tüm aileyi, özellikle de bakıcıyı etkiler. Bu bakımdan TBH, toplumun bir sorunu olarak görülmektedir. Ek olarak, TBH geçiren ebeveynlerin çocukları psikiyatrik bozukluklar açısından ciddi risk altındadır. TBH olan tüm hastalar bu bağlamda değerlendirilmeli ve tedavi edilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Travmatik beyin hasarı, psikiyatrik hastalıklar, depresyon, epidemiyoloji, tedavi

SUMMARY

Traumatic brain injury (TBI), also called “silent epidemic”, is still a serious public health problem, even with modern medicine of the 21st century. Approximately 70 million people worldwide suffer traumatic brain injury each year. Psychiatric disorders are one of the short-term and long-term complications of TBI. Almost all psychiatric disorders, especially depression, anxiety disorders and alcohol/substance abuse, increase after TBI. Attention should be paid to the increase in suicide attempts because of the difficulties experienced in the physical, psychological and social areas. After TBI, acetylcholine, norepinephrine, dopamine and serotonin levels are changing and this change partially explains the occurrence of psychiatric symptoms. Pharmacological drugs can be used to modify these changing neurotransmitters. In addition to pharmacological treatment, environmental interventions and cognitive behavioral therapy have an important role in the treatment of TBI. Although TBI is better understood with time, it is still an important problem. Trauma not only affects the patient but also affects the whole family, especially the caregiver. In this respect TBI is seen as a problem of society. In addition, the children of parents with TBI are at serious risk for psychiatric disorders. All patients with TBI should be evaluated and treated in this context.

Key Words: Traumatic brain injury, psychiatric disorders, depression, epidemiology, treatment

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2019;22:472-486)

DOI: 10.5505/kpd.2019.48039

GİRİŞ

Travmatik beyin hasarı (TBH), “Bir dış fiziksel gücün neden olduğu beyinde kazanılmış bir yaralanma” olarak tanımlanmaktadır. Genel olarak, tıbbi tanımlarda ise TBH’yi, “beyne; darbe, patlama veya bir merminin girmesi gibi harici mekanik güçlerden kaynaklanan hasar” şeklinde yer almaktadır. TBH’nin literatürde kafa içi yaralanma veya kafa travması olarak da adlandırıldığı görülmektedir.

TBH morbidite ve mortalitesi yüksek bir durumdur. Hastaların önemli bir kısmı hafif TBH tanısı ile takip edilmekte olup bu hastalarda bile uzun dönem devam eden belirtiler görülmektedir. Uzun süren tedavi süreci, üretkenliğin de azalmasına neden olmakta ülkelerin ekonomisine ciddi bir mali yük oluşturmaktadır.

Psikiyatristler günlük klinik uygulamalarında TBH geçirmiş bir hastayla sıklıkla karşılaşmaktadır. Yaralanma yakın zamanda meydana gelmiş ise TBH gündem olabilmektedir. Ancak hastanın geçmişte yaşadığı bir TBH, tanı ve tedavinin gündeminde yer almayabilir. Oysaki geçmişte TBH yaşayan hastaların psikiyatrik bozukluklarla birlikte ciddi bilişsel bozukluklar yaşadığı, tedaviye yanıtının diğer hastalardan farklı olduğu ve tedavide hasta ve yakınlarını da içeren bütüncül bir yaklaşım sergilenmesi gerektiği bilinmektedir. TBH ile oluşabilecek tüm bu aksamalar hastaların tedavisini engellemekte ve TBH’nin toplumsal maliyetini arttırmaktadır. Bundan dolayı çalışmamızda TBH’nin epidemiyolojisi, risk faktörleri, oluşturduğu psikiyatrik bozukluklar ve tedavisi ele alınmıştır.

Epidemiyolojisi

TBH’nin sıklığı ve yaygınlığı konusunda yapılmış birçok çalışma bulunmaktadır. Ancak çalışmalar arasındaki yaygın metodolojik farklılıklar vardır. Bundan dolayı çalışmalarda farklı sonuçlara ulaşılmaktadır.

2018 yılında yapılan bir çalışmada dünyada yıllık yaklaşık 70 milyon kişinin TBH geçirdiği ve

bunların % 81’inin hafif, % 11’inin orta ve % 8’inin ciddi düzeyde olduğu bildirilmektedir (1). Geçmiş yıllardan bu zamana TBH sıklığı artmaktadır. Literatürde TBH için “sessiz salgın” tanımlamasıyla dikkat çekmeye çalışılan Goldstein 1990 yılındaki çalışmasında, Amerika’da son 12 yılda TBH’den kaynaklı ölenlerin sayısının savaşlarda ölenlerin sayısını geçtiğini belirtmektedir (2).

TBH nedenleri araştırıldığında ise yaş gruplarına göre nedenlerin değiştiği gözlenmektedir. 4 yaş altı ve 65 yaş üstü grupta en sık TBH nedeni düşmedir. 15-44 yaş aralığında ise saldırı, düşme ve motorlu taşıt yaralanmaları benzer oranlarda görülmektedir (3).

Risk Faktörleri

Genel olarak TBH’nin 25 ile 75 yaş arası insanlarda daha yaygın olduğu görülmektedir. TBH erkeklerde kadınlara göre daha genç yaşta meydana gelmektedir. Erkeklerde görülme olasılığı kadınlara göre 1,2-4,6 kat daha fazladır (4).

TBH’ye neden olan araç kazaları, darp ve düşmeye ait risk faktörleri tanımlanmaya çalışılmıştır (5). Araç kazası sonrasında TBH gelişen kişilerin, genç yaş grubunda olduğu ve yaralanmadan önce üretken bir aktiviteye dâhil olduğunu belirtmektedir. Bununla birlikte bu kişilerde madde kötüye kullanımı, davranış sorunları ya da psikolojik problemler öyküsünün de olmadığı gözlenmektedir. Bu hasta grubu genellikle ciddi TBH geçirmektedir. Şiddet sonucu TBH geçiren kişilerin, erkek, işsiz, bekâr ve alkol/madde kullanım öyküsü gibi özelliklerinin olduğu belirtilmektedir. Kaza sonucu TBH gelişen kişilere kıyasla hastalık şiddetinin hafif veya orta seviyede olduğu görülmektedir. Düşme sonucunda oluşan TBH’nin ise genellikle yaşlı ve çocuk popülasyonunda olduğu bilinmektedir.

Yaralanma sonrasındaki bireysel ve çevresel birçok faktör psikiyatrik bozukluk gelişiminde önemlidir. TBH’nin şiddeti ve yaralanma tipi, yaş, geçmiş psikiyatrik veya nörolojik hastalık varlığı, sosyal destek azlığı, alkol veya madde kötüye kullanımı, kötü sosyoekonomik durum ve mesleki sorunlar gibi kişisel veya ailesel bütünlüğünü bozabilecek

her durumlarda psikiyatrik hastalık riski artmaktadır. TBH sonrası psikiyatrik bozuklukların gelişmesinde etkili olan risk faktörleri Tablo 1’de özetlenmiştir.

Tanı ve klinik görünümü

Psikiyatristler, klinik uygulamalarında TBH olan hastalarla sıklıkla karşılaşır. Bu hasta grubunda tam bir nöropsikiyatrik muayene yapılmalıdır. TBH temel alındığında işitsel algı, görsel algı, vestibüler ve dil fonksiyonları mutlaka değerlendirilmelidir. Bu alanlardaki bozukluklarının saptanamaması yaralanma sonrası yanlış psikiyatrik tanı konulmasına neden olabilir. Özellikle de geçmişte psikiyatrik tanısı olan hastalarda bu durum bir stigmatizasyon boyutunda bile olabilir. Örneğin konuşma bozukluğu, epilepsi nöbeti veya baş dönmesi gibi organik kökenli belirti veya bozukluklar nörolojik muayene ile saptanamamış ise bu bozukluklar psikiyatrik kökenli (konvesiyon, somatizasyon vb.) olarak değerlendirilebilir. Bu da hastaların tedaviye erişimini engeller. Bunun için bir psikiyatrist ruhsal durum muayenesi yaparken nörolojik belirtileri de eksiksiz olarak değerlendirmek zorundadır.

TBH birincil ve ikincil beyin yaralanmaları şeklinde ele alınabilir. Birincil yaralanmalar travma sırasında meydana gelir. İkincil beyin yaralanmaları ise saatler ya da günler içinde ortaya çıkan bir dizi moleküler hasar mekanizmasının bir sonucudur. İnflamatuar yanıtlar ve glutamat ile ilişkili eksitotoksinite en iyi bilinen ikincil yaralanma mekanizmalarıdır. Özellikle ağır TBH ile ikincil yaralanma ilişkili olarak görülmektedir. Buradaki ikincil hasarın önemli sebeplerinden birisi de elektrolit dengesizlikleridir.

TBH’yi değerlendirmedeki zorluklar, en başta hasarın şiddetini tanımlarken başlar. İdeal bir sınıflama klinik öykü, fizik muayene veya görüntülemeyi içermelidir. En temel şiddet sınıflandırmalarından biri, hastanın ilk değerlendirmesi sırasında uygulanan Glasgow Koma Skala’sıdır. Bu derecelendirme ölçeği, TBH meydana geldikten 30 dakika içinde kaydedilen en iyi göz yanıtı, sözel yanıt ve motor değerlendirmeye dayanmaktadır. Glasgow Koma Skala (GKS) acilde

veya yoğun bakımda hastaların takibi için önemli olmakla birlikte nöropsikiyatrik belirtileri değerlendirmemektedir. Normal bir GKS puanı komayı dışlar ancak kognitif bozuklukları dışlamaz. Dünya Sağlık Örgütü’nün TBH ciddiyetini belirlemede GKS, bilinç kaybı süresi, travma sonrası amnezi süresi, kısa yaralanma ölçeği ve nörogörüntülemenin kullanılmasını önermektedir (6).

TBH ile ilişkili en yaygın kısa dönem komplikasyonları nörokognitif bozukluk, iletişim bozukluğu, nöbet, hidrosefali, beyin-omurilik sıvısı kaçağı, damarsal veya kranial sinir yaralanmaları, tinnitus, organ yetmezliği ve politravma gibi çok çeşitli bozukluklardır. Uzun dönem komplikasyonlarda ise Parkinson hastalığı, Alzheimer hastalığı, posttravmatik epilepsi gibi bozukluklar yer almaktadır. TBH’nin hem kısa hem de uzun dönemli komplikasyonlarından birisi de psikiyatrik bozukluklardır.

Travmatik beyin hasarı ve Psikiyatrik bozukluklar

TBH’de görülen psikiyatrik hastalıkların epidemiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Çalışmalardaki örneklemin az olması, hasta heterojenitesi, prospektif takip sürelerinin kısa olması ve tanılarda değerlendirme farklılıkları gibi nedenlerle elde edilen epidemiyolojik verilerin geniş bir aralıkta olduğu gözlenmektedir. TBH sonrasında gelişen psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı ve tedavi seçenekleri Tablo 2’de klinik belirtilere ek olarak gösterilmiştir.

Depresyon

TBH sonrasında depresyon gelişme insidansı % 15,3-33 olarak bildirilirken prevalansı ise % 18,5-61 olarak bildirilmiştir (7). Bu prevalans oranları oldukça yüksektir. Bu yüksek oranlara metodolojik sorunlar kadar her iki bozuklukta da görülen ortak belirtilerin varlığı neden olabilir. TBH sonrasında hastalarda uyku ve iştah bozuklukları, apati, motivasyon düşüklüğü, bilişsel disfonksiyon ve sinirlilik gibi depresyonda da sıklıkla gözlenen belirtiler görülmektedir. Bundan dolayı çalışmalarda depresyon yaygınlığı yüksek oranlarda görülebilir.

Belirtilerin sıklığını araştıran bir çalışmada en sık gözlenen depresyon belirtilerinin yorgunluk (% 29), sinirlilik (% 28) ve ruminatif düşünce (% 25) olarak bildirmektedir (8). Hafif TBH olgularında yaralanmadan 3 ay sonra depresyon başladığı saptanırken, orta-ciddi TBH'de ise 6-12 sonra başlangıç bildirilmektedir. Bu bulgular daha şiddetli yaralanmaları olanların belirtilerinin geciktiğini göstermektedir (9).

TBH geçiren bir kişi, genellikle iş, aile ve sosyal ilişkiler gibi yaşamın her alanında yıkıcı ve kalıcı değişiklikler yaşar. Bütün bu alanlardaki kayıplar bazen kişileri çaresiz ve çözümsüz bırakmaktadır. Bundan sonra ise intihar bir sonuç olarak önümüze çıkar. TBH sonrasında intihar riskini değerlendiren en kapsamlı çalışma 49626 kişiyi değerlendirilmiş olup 105 kişinin intihar ettiğini saptanmıştır (10). TBH geçirmenin demografik ve psikiyatrik değişkenler düzeltildikten sonra bile genel nüfusa göre 1,55 kat daha fazla risk taşıdığı belirtilmektedir. TBH sonrasında depresyon ve uyku bozuklukları oldukça sık olarak gözlenmektedir (7). Bu bozuklukların her birinde de intihar riski topluma göre fazladır. Tüm bu faktörler bir araya geldiğinde TBH intihar girişiminde önemli bir nedendir.

Depresyon sıklıkla anksiyete bozuklukları ile komorbid olarak gözlenmektedir. Yapılan bir çalışmada TBH sonrası depresyonu olan hastaların % 76,7'sinde anksiyete bozukluğu, % 56,7'sinde ise agresif davranış sergilediği belirtilmektedir (11).

TBH sonrasında depresyon riskini arttıran faktörler, tedavi seçenekleri ve nörogörüntüleme çalışmaları sırasıyla Tablo 1, 2 ve 3'de gösterilmiştir.

Mani

TBH sonrasında gelişen mani gelişimi toplum yaygınlığına göre kısmen arttığı görülmektedir. Yaralanmadan 12 ay sonra yaygınlığın % 2-9 arasında değiştiği bildirilmiştir (7). TBH sonrası görülen belirtilerin bir kısmı manide de görülmektedir. Uykusuzluk, dikkat eksikliği, agresyon ve emosyonel labilite hem manide hem de TBH sonrasında görülen belirtilerdir. Bundan dolayı TBH sonrasında gelişen mani yaygınlığının daha

yüksek oranlarda bildirilmesi olasıdır.

Aynı zamanda ortak belirtilerin olması TBH ilişkili ve ilişkisiz mani arasında ayırım yapmayı zorlaştırmaktadır. TBH ilişkili olarak görülen maninin başlangıç yaşının atipik olması ve ailede duygudurum bozukluk sıklığının daha az olması TBH ilişkisiz maniden ayırt edici olabilir. Ayrıca TBH sonrasında gelişen manide agresyon ve irritableitenin daha fazla olduğu öforinin ise daha az olduğu bildirilmektedir (12).

TBH'nin şiddeti ile TBH sonrası gelişen maninin şiddeti arasında bir ilişki olduğu öne sürülse de bu durum net değildir (12). Jorge ve meslektaşları TBH'ye ikincil oluşan maninin, beyin hasarının şiddeti, fiziksel ya da bilişsel bozukluk derecesi, sosyal işlevsellik düzeyi veya önceki aile/kişisel psikiyatrik bozukluk öyküsü ile ilişkili olmadığını belirtmiştir (13). TBH sonrası bipolar afektif bozukluk gelişimi ile ilgili risk faktörleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Shukla ve arkadaşları (1987) çalışmalarında orta-ciddi TBH'den sonra mani geliştiren hastalarının % 50'sinde nöbet meydana geldiğini bulmuşlardır. Bu oran çalışmanın popülasyonunun küçük olması ve orta/ciddi TBH olan hastalarda yapılması nedeniyle oldukça fazla olarak saptanmıştır. Ancak TBH sonrası mani gelişen hastalarda nöbet açısından dikkatli olunmalıdır.

Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete bozuklukları yaygın bir psikiyatrik bozukluk sınıfıdır ve bildirilen yaşam boyu oranları % 8,8'den % 21,6'ya kadar değişmektedir (7). Erkeklerde anksiyete bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığı % 19,2 iken kadınlarda % 30,5 olduğu bildirilmektedir. Anksiyete bozuklukları TBH'den sonra da oldukça yaygındır. Sıklığı çalışmalara göre değişmektedir. Araştırmalar, TBH geçiren hastalarda anksiyete bozukluklarının yaygınlık oranlarının: yaygın anksiyete bozukluğu için % 3-28, panik bozukluk için % 4-17, fobik bozukluklar için % 1-10, obsesif kompulsif bozukluk için % 2-15 ve travma sonrası stres bozukluğu için % 3-27 oranında olduğunu göstermektedir (14).

Akut Stres Bozukluğu (ASB) ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

TBH sıklıkla motorlu taşıt kazası veya saldırı gibi travmatik bir olaydan kaynaklanır. Bu da ASB veya TSSB için hazırlayıcı bir durumdur.

Hafif TBH sonrası ASB oranları % 4,6-21,2 arasında değişmektedir (7). Bazı kanıtlar ASB'nun hafif TBH sonrası sıklıkla TSSB'ye ilerlediğini düşündürmektedir. Bir çalışmada, hafif TBH geçiren hastaların % 14'ünün ilk ay içinde ASB geliştirdiği saptanmıştır. İki yıl sonra ASB olan kişilerin % 73'ünün TSSB geliştirdiği belirtilmiştir (15). Bu çalışma TSSB gelişimi için ASB'nun önemli bir yordayıcı olduğunu belirtmektedir.

Geleneksel görüş, tipik olarak TBH ile ilişkili bilinç bozukluğunun travmatik yaşantının kodlanmasını engellediğini öne sürmüştür. Böylece de yeniden yaşantılamaya belirtilerinin önlendiğini belirtmektedir. Bununla birlikte, araştırmalar, TSSB'de bilinç kaybı görülse bile oluşan anı parçalarının olduğu ve bunların yeniden yaşantılamaya yol açabileceğini göstermektedir (16). Bu durumu destekleyen bir çalışma da, şiddetli TBH ile karşılaşan 96 hastanın 6 ay içinde 26'sında (% 27,1) TSSB geliştiği bildirilmektedir (17). Hastaların sadece % 19,2'sinde travmanın intruzif anıları varken, % 96,2'sinde ise duygusal reaktivite belirtileri vardır. Bu çalışma göstermektedir ki yaralanma sonrasında oluşan amneziyle birlikte intrüziv düşünceler az hatırlansa bile TSSB gelişebilmektedir.

TBH sonrası gelişen kaygı belirtiler ile TSSB belirtileri genellikle iç içedir. Bundan dolayı belirtilerin hangi duruma ait olduğunu saptamak zorlaşmaktadır. TSSB'de hatırlama süreci son derece ayrıntılı ve duygu yüklü olmakla birlikte kaçınma ve hipervijilans vardır. Bunlar TBH sonrasında gelişen normal sınırlardaki kaygıda TSSB'ye göre daha nadirdir. Ek olarak TSSB'de intrüziv anı sıklığı TBH sonrasında görülen kaygı durumuna göre oldukça daha sıktır.

Etiyolojiye yönelik yapılan çalışmalarda TSSB belirtilerinin ortaya çıkmasında S-100B (beyin dokusu hasarının biyokimyasal belirteci) önemli bir

belirteç olabileceği öne sürülmüştür (18). Hafif TBH geçiren kişilerin yaralanma sonrası akut fazdaki S-100B seviyeleri ile bir yıl sonra TSSB'nin varlığı arasında pozitif bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir. Bryant ve arkadaşları ise TBH sonrası akut dönemdeki yüksek kalp hızı ile TSSB gelişmesi arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir. Bu çalışma farkındalıkla birlikte artan korku ve kaygının TSSB gelişmesine katkıda bulunabileceğini göstermektedir (19).

Hastaların önemli bir kısmında TSSB belirtileri kronik bir seyir izlemektedir. Çalışmalarda TSSB sıklığının 6 yıl sonra % 18, 15 yıl sonra ise % 14 olduğu belirtilmiştir. İlk 3 yıllık dönemde ise yaygınlığın % 30'dan % 21'e düştüğü bildirilmektedir (20). Bu kronik seyre ek olarak TSSB'ye duygudurum bozuklukları, diğer anksiyete bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları gibi komorbid psikiyatrik hastalıklar eklenmektedir. Bu da yaşam kalitesini azaltır.

ASB ve TSSB ile ilgili risk faktörleri, tedavi seçenekleri ve nörogörüntüleme çalışmaları sırasıyla Tablo 1, 2 ve 3'de gösterilmiştir.

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)

TBH geçiren 282 hasta 7,5 yıllık takip edilmiş ve hastaların % 6,4'ünde OKB gelişmiştir. Bunun da genel toplum yaygınlığına göre OKB gelişme riskinin 2,6 kat arttırdığı söylenmiştir (21). TBH sonrasında bazı hastalar bellek problemleri nedeniyle tekrarlayan davranışlar gösterebilir. Yürütücü işlevlerdeki fonksiyon kaybının bir sonucu olarak perseverasyon görülebilir. Birçok zorluk yaşadıkları içinde sağlıkları için endişe duyabilirler. Bütün bu perseverasyonlar ve endişeli duygudurum OKB belirtileriyle karışabilir. Bunun için ayırıcı tanıda dikkat etmek gerekir.

TBH sonrası gelişen OKB'li hastaları inceleyen Berthier ve arkadaşları hastaların bir kısmında tuhaf obsesyonel yavaşlık (obsessional slowness) ve kompulsif egzersiz (compulsive exercising) belirtileri olduğunu belirtmişlerdir. Ek olarak obsesif yavaşlık gösteren hastalar, yönetici işlev, bellek ve dil için nöropsikolojik testlerde daha kötü bir performans gösterdiği bildirilmiştir. Buna göre TBH

sonrası oluşan bilişsel bozulmaların hastalık belirtilerinde atipik görünüm ortaya çıkarmasının mümkün olduğu söylenebilir (22).

Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) ve Panik Bozukluk (PB)

TBH sonrası yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğun sıklığı çok net olmamakla birlikte sırasıyla % 9,1 ve %9,2 olduğunu belirtmiştir (21). Genel toplum yaygınlığına göre YAB riskinin 2,3 kat arttırdığını söylenmiştir. TBH sonrası panik bozukluğu oranları (agorafobi ile birlikte olsun veya olmasın) çalışmalara göre önemli ölçüde değişmektedir. Panik bozukluk orta ve ciddi TBH sonrasında anksiyete temelli fizyolojik semptomların fark edilmesiyle zaman içinde artar.

Prospektif bir çalışmada yaralanmadan on beş yıl sonra, hastaların % 44'ünün YAB tanı kriterlerini karşıladığı saptanmıştır. Bu da hastaların TBH sonrasında YAB açısından önemli risk altında bulunduğunu göstermektedir (23). YAB'nun varlığı hastalık seyrine olumsuz etki yaptığı ve prognozu kötüleştiren faktörlerden birisi olduğu saptanmıştır.

Psikotik Bozukluklar

Psikotik bozuklukların yaşam boyu prevalansı % 0 - 4,3 arasında değişmektedir. Bu oranında önemli bir kısmının da madde kullanımı ile oluştuğu bilinmektedir (7). Kafa travmalarıyla ilişkili psikotik belirtilerin epidemiyolojisini gözden geçiren bir başka çalışmada psikotik bozukluğun prevalansını % 0,7 olarak bulmuştur.

TBH sonrası gelişen psikotik bozuklukları, TBH ilişkisiz psikotik bozukluklardan ayırmak oldukça zordur. Yapılan bir çalışmada, TBH sonrasında gelişen psikotik bozukluklarda perseküsyon sanrıları (% 56) en sık görülen sanrı çeşididir (24). Bunu referansiyel (% 22), kontrol (% 22) ve grandiyöz sanrıları (% 20) takip etmektedir. İşitsel varsanılar (% 84) görsel varsanıllara (% 20) göre daha yaygın olarak görülmüştür. Dezorganizasyon, katatoni ve negatif belirtilerin ise daha geri planda olduğu belirtilmektedir. Psikotik belirtilerin

oluşmasında en önemli belirleyicilerin ise ailede psikotik bozukluk varlığı ve bilinç kaybı süresi olduğu saptanmıştır (24).

TBH sonrası psikotik bozuklukların başlangıcı genellikle subakut veya kronik bir seyir izlediği görülmektedir. Belirtiler geçici veya kalıcı olabilir. Fujii ve Ahmed, psikotik bozuklukların yaralanmadan sonraki ilk yıl içinde başladığını belirtmektedir (25). TBH'nin akut fazında görülen psikotik belirtiler genellikle deliryum bulgularıdır. Kafa travması sonrası deliryumun klinik özellikleri arasında konfüzyon, dikkat bozuklukları ve psikotik belirtiler sayılabilir. Hasta deliryumdan çıktığı zaman, psikotik belirtiler hala devam ediyorsa bu durumda psikotik bozukluklar düşünülmelidir. Ayrıca mani, depresyon ve epilepsi gibi TBH sonrasında görülen bozukluklara psikotik belirtiler sıklıkla eşlik etmektedir.

TBH sonrasında gelişen psikotik bozukluğun beklenen ortalama yaştan yaklaşık 10 yıl sonra (26-33 yaş) başladığı ve erkeklerde daha sık görüldüğünü bildirmektedir (26). Bu TBH sonrasında gelişen psikotik bozukluklar için farklı bir etiyolojik sürecin olabileceğini düşündürmektedir. TBH'nin genetik yatkınlığı olanlarda şizofreni gelişimini hızlandırabileceği ve şizofreni riskinde önemli bir artış göstereceği bildirmiştir (27). Aynı çalışmada kafa travmasının şiddeti ile şizofreni riski arasında bir ilişki bulunmadığını belirtmiştir. Ancak başka bir çalışma ise özellikle temporal ve frontal loblarda ciddi ve yaygın beyin hasarının en önemli risk faktörü olduğunu göstermektedir (28). TBH sonrası oluşan psikotik bozukluklar ile ilgili diğer risk faktörleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

TBH sonrası psikotik bozukluğu olan hastaların yaklaşık % 70'inde özellikle temporal lobda elektroensefalografik anormallikler olduğu belirtilmiştir (25). Anormalliği saptanan kişilerin yaklaşık % 30'unun ise nöbet geçirdiği saptanmıştır. Ayrıca olguların yaklaşık % 65'inin görüntülemesinde fokal lezyonlar ve atrofi olduğu bildirilmiştir.

Alkol ve madde bağımlılığı

“Madde bağımlılığı” genel terimi, TBH liter-

Tablo 1 TBH sonrasında psikiyatrik bozukların oluşmasında etkili olan risk faktörleri

Psikoz	Depresyon	Mani	Anksiyete	Kişilik değişiklikleri	Alkol bağımlılığı	Madde bağımlılığı
Ergenlik öncesi yaralanma	• Psikososyal stresör	• Yaralanma sonrası uzun amnezi	ASB	Agresyon	• Duygudurum bozukluğu	• Duygudurum bozukluğu
Sol temporal ve frontal hasar	• Sol anteriorhemisfer lezyonu (major depresyon)	• Nöbet	• Fonksiyon kaybı	• Ciddi yaralanma	• Erkek cinsiyet	• Erkek cinsiyet
Cidde ve yaygın hasar	• Sağ hemisfer lezyonu (endişeli depresyon)	• Multifokal lezyonlar	• Depresyon	• Frontal lezyon	• Genç yaş (<25y)	• Genç yaş (<25y)
Ciddi kognitif bozukluk	• Sağ hemisfer lezyonu (endişeli depresyon)	• Frontal lezyon	TSSB	• Yaralanma öncesi saldırganlık	• Yaralanma öncesi alkol/madde kötüye kullanımı	• Yaralanma öncesi alkol/madde kötüye kullanımı
Ailede psikotik bozukluk	• Lateral frontal lezyon (mediale göre)	• Orbitofrontal lezyon	• Fonksiyon kaybı	• Yaralanma öncesi alkol/madde kullanımı	• İyi fiziksel işlevsellik	• İyi fiziksel işlevsellik
Uzun bilinç kaybı süresi	• Lateral frontal lezyon (mediale göre)	• Temporal lezyon	• Bilinç kaybı	• Multifokal lezyonlar	• Düşük eğitim düzeyi	• Bilişsel bozukluk varlığı
Yaralanma öncesi psikotik belirti	• İleri yaş	• Non-dominant hemisferik lezyon	• Kadın cinsiyet	• Depresyon	• Ciddi yaralanma	• Uyumsuz başa çıkma
Erkek cinsiyet	• İşsizlik / İş kaybı korkusu	• Erkek cinsiyet	• Erken dönem depresyon ve kaygı	• Yaralanma öncesi kötü işlevsellik	• Psikososyal stresör	• Psikososyal stresör
	• Uyumsuz başa çıkma	• Ciddi yaralanma	• Sol temporal lezyonlar ve artmış lezyon hacmi	• Apati	• Genç yaş	• İşsizlik
	• Sosyal izolasyon		• Yaralanmaya ait am varlığı	• Genç yaş	• Ciddi yaralanma	• Sosyal izolasyon
			• Kadın cinsiyet			
			• Yüksek kalp hızı			
			• S-100B* yüksekliği			

* Beyin dokusu hasarının biyokimyasal belirtici

atürünün çoğunda madde kullanımı, madde bağımlılığı ve/veya madde kullanım bozukluklarını tanımlamak için kullanılmıştır. Bu tanımlama karışıklığından dolayı bazen madde kullanım bozuklukları olduğundan daha yüksek oranda bildirilmiştir.

Alkol ve madde kullanımı; trafik kazalarına, düşmelere ve şiddet içeren davranışa neden olan psikoaktif maddelerdir. Tüm bu durumlar TBH nedenleri olduğu için, alkol ve madde bağımlılığı TBH'ye sıklıkla eşlik etmektedir. TBH ve alkol/madde kullanım bozukluklarında erkek cinsiyet ve genç yaş gibi ortak risk faktörlerinin bulunması bu durumu desteklemektedir.

Gould ve arkadaşları, TBH geçiren kişilerde yaralanma öncesinde herhangi bir alkol veya madde kullanım bozukluğunun % 34,3 oranında olduğunu belirtmektedir (9). TBH sonrasında ise ilk bir yıl içinde alkolle ilişkili bozukluk oranları % 5,9-19,2 arasında iken, maddeyle ilişkili bozukluk oranlarının % 2,6-25,9 arasında değiştiği bildirilmektedir (29).

Popülasyon temelli bir çalışmada, TBH'den bir yıl sonra ağır alkol kullanımının olguların % 15,4'ünde, orta düzeyde kullanımının ise % 14,3'ünde olduğu görülmüştür (7). Hastaların % 70,3'ünde ise alkol kullanmama veya seyrek kullanım bildirmiştir. Ağır içme için risk faktörleri arasında erkek cinsiyet, daha genç yaş, TBH öncesi alkol/madde kötüye kullanım öyküsü, TBH sonrasında depresyon varlığı ve daha iyi fiziksel işlevsellik varlığının olduğu bildirilmiştir. Yaralanma sonrası madde kullanımını arttıran risk faktörleri de alkol kullanımı için geçerli olan risk faktörleriyle oldukça benzerdir (Tablo1).

Yaralanma sonrası madde kullanımıyla nöbet, duygudurum bozukluğu ve intihar riskinde artış bildirilmektedir. Bununla birlikte psikososyal işlevselliğin azalması, uzun süreli mesleki sonuçlarda kötüleşme ve yaşam tatmininin azalması da görülmektedir (30). Bu oluşan mevcut durumlar sonrasında ise TBH gelişim riski artmaktadır. Sonuç olarak bir kısır döngü başlamaktadır. Bu başlangıçta bazen TBH yer alırken bazen de alkol/madde kullanım bozuklukları yer almaktadır.

Hangisinin neden hangisinin sonuç olduğu ile ilgili çalışmalar devam etmekle birlikte her iki bozukluk grubu da birbirinden beslenmektedir.

Bilişsel bozukluklar

TBH sonrasında gelişen bilişsel bozukluğun yaygınlığı % 25-70 gibi geniş bir aralıkta bildirilmektedir (31). Bu durumda, yaralanmanın derecesi, fokal hasarın varlığı ve büyüklüğü, travma sonrası bilinç kaybı durumu ve amnezi süresi gibi birçok değişken etkilidir. Bellek ve yürütücü işlev bozuklukları en sık görülen bilişsel bozukluklardır. Görsel-uzamsal ve dil fonksiyonlarında görülen bozukluklar ise görece daha azdır. Ek olarak, yaralanma sonrası hastalarda yavaş bir bilgi işleme süreci görülebilir. Bilişsel bozulmaların genellikle orta ve ağır TBH'de daha fazla görüldüğü düşünülmektedir. Hafif TBH geçirenlerin 1 yıl içinde % 85-90'nın iyileştiği düşünülürse bu kısmen doğrudur (32).

Prospektif çalışmaların azlığından dolayı belirtilerin seyri tam olarak anlaşılamamıştır. Bilişsel bozuklukların yaralanmadan yıllar sonra iyileşebileceği gibi sorunsuz olan bilişsel fonksiyonların da bozulabileceği belirtilmektedir. 5 yıllık takip sürecinin olduğu bir prospektif çalışmada, katılımcıların % 18'inin işlevselliğinin düzeldiği, % 76'sının benzer düzeyde kaldığı ve % 7'sinin ise kötüleştiğini belirtmektedir. Uzun zaman sonra ortaya çıkan bilişsel bozulma fokal veya diffüz hasarın kümülatif bir etkisi olabilir (33).

Meta-analitik çalışmalarda, TBH'nin demans gelişme riskini artırdığını göstermektedir. Orta-ağır TBH ile demans arasında net bir ilişki varken, hafif TBH'nin oluşturduğu etki net değildir. Erken yetişkin yaşamda geçirilen TBH'nin, yaralanmadan 40 ila 50 yıl sonra Alzheimer hastalığı veya diğer demans riskinin artması ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Ayrıca bu riskin yaralanma şiddeti ile de ilişkili olduğu gösterilmiştir (34).

Uyku bozuklukları

TBH sonrasında uyku bozuklukları oldukça sık olarak gözlenir. Ancak mevcut uyku bozukluğunun

Tablo 2 TBH sonrası oluşan psikiyatrik hastalıkların yaygınlığı ve tedavi seçenekleri

Hastalık	Yaralanma öncesi ömür boyu yaygınlık (%)	Yaralanma sonrası yaygınlık (%)	Önerilen Tedavi	Dikkat edilmesi gereken tedaviler
Depresyon	5-17	18,5-61	Sertralin / Sitalopram / BDT FTBT DP	TCA / MAOI / Bupropion
Mani	0,3-4	2-9	VA / KBZ / Olanzapin	Lityum / BZD
Anksiyete Bozukluğu (Genel)	19,2 (Erkek) 30,5 (Kadın)	44,1-70		
TSSB	2-9	3-27	BDT / SSRI (Sertralin)	TCA / MAOI / BZD
YAB	3-8	3-28	FTBT EMDR**	
Panik Bozukluk	1-4	4-17		
Fobik Bozukluk	5-10	1-10		
OKB	2-3	2-15	BDT / SSRI (Sertralin)	Klonipranin / TCA
Psikotik Bozukluk	1-4,3	0,1-9,8	Olanzapin / Risperidon / Diğer Atipik AP	Klozapin / Tipik AP
Agresyon	24	35-96	VA / KBZ / Sertralin	TCA / BZD / Tipik AP
Uyku bozukluğu	10-15	29,4	Mirtazapin / Tradozon / Ketiyyapin	BZD / TCA / Klopropromazin
Alkol bağımlılığı			Grup terapisi Uzun BZD Atipik AP Akonprosat / Naltrekson / Disulfiram	Kısa etkili BZD Tipik AP
Madde bağımlılığı	34,3*	6-28	Grup terapisi Atipik AP Buprenorfin / Metadon Klonidin Naltrekson	Kısa etkili BZD Tipik AP

TSSB: Travma sonrası stres bozukluğu, YAB: Yaygın anksiyete bozukluğu, OKB: Obsesif kompulsif bozukluk, VA: Valproik asit, KBZ: Karbamazepin, BZD: Benzodiazepin, BDT: Bilişsel Davranışçı Tedavi, SSRI: Selektif Serotonin Reuptake İnhibitörü, TCA: Trisiklik Antidepresan, MAOI: Monoaminoksidaz inhibitörü, AP: Antipsikotik, FTBT: Farkındalık temelli Bilişsel Terapi, DP: Destekleyici Psikoterapi, EMDR: Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme

*TBH geçiren kişilerde yaralanmadan önceki son 1 yıl içindeki alkol madde kullanım bozukluğu

**Özellikle TSSB tedavinde

neye bağlı olarak geliştiğini tam olarak tespit etmek bazen zordur. Çünkü uyku bozukluklarının genel popülasyonda oldukça yaygındır. Ek olarak TBH sonrasında gelişen mani, depresyon, psikotik bozukluk ve anksiyete bozukluklarının hepsinde uyku sorunları gözlenebilir. Uyku bozukluklarına ile en sık depresyon eşlik ediyor gibi gözükmemektedir. TBH sonrasında depresyon olan hastaların uyku bozukluğunun arttıkça depresyon şiddetinin de arttığını göstermiştir. Uyku bozuklukları psikiyatrik bozukluklara ciddi şekilde eşlik etmektedir. TBH sonrasında uykusuzluk belirtisinin % 50,2 oranında olduğu görülürken uyku bozukluklarından herhangi birisinin varlığı ise % 29,4 oranında saptanmıştır. En önemli risk faktörleri ise depresyon, ağrı ve yüksek düzeyde yorgunluk olarak belirtilmiştir (35).

Apati

Apati ilgisizlik ve kayıtsızlıkla ilgili olarak duygusal tondaki donukluk olarak tanımlanmaktadır. Son zamanlarda ise azalan motivasyonun daha ağır bir durumu olarak görülmektedir. Apatiyi TBH sonrasında tanımlamak kolay değildir. Çünkü genel aktivitede oluşan azalma motivasyon eksikliği ile karışabilir. Benzer şekilde apati depresyon olarak da değerlendirilebilir. Oysaki apati de depresyonda görülebilen suçluluk hissi veya intihar düşünceleri görülmez. Bundan dolayı TBH sonrası gelişen apatiyi diğer bozukluklardan (depresyon, psikoz, kognitif bozukluklar vb.) ayırt etmek zor olabilir ancak gereklidir. Ek olarak TBH sonrasında görülen apatiye tedavi amaçlı başlanan antipsikotik ilaçlarında sebep olabileceği unutulmamalıdır.

TBH sonrasında 68 hastanın 3 yıldan fazla süre takip edildiği bir çalışmada, apati sıklığı % 57 oranında saptanmıştır. Benzer şekilde başka bir çalışmada ise apati görülme sıklığı % 42 olarak bildirilmiştir (36). TBH sonrasında oluşan apati ve depresyon arasındaki farkı araştıran bir çalışmada depresyonu olmayan apatik kişilerin daha genç yaşta olduğunu ve daha şiddetli travma geçirdiğini belirtmiştir. İleri yaştaki hastaların ise depresyon eğiliminin daha fazla olduğu bulunmuştur (37).

Kişilik Değişiklikleri

TBH sonrasında gelişen kişilik değişikliğini değerlendiren çalışmalar arasında farklılıklar vardır. Bazı çalışmalar yaralanma sonrası oluşan kişilik değişikliklerinin çok az olduğunu bildirirken, bazıları ise % 62'lere varan oranlarda olduğunu bildirmektedir. Bu kadar farkın oluşmasında, kişilik değişikliklerin net bir şekilde sınıflandırmaması, yaralanma şiddetindeki farklılıklar, değerlendirme yöntemleri ve çalışma yanlılıkları gibi birçok faktör etkili olmaktadır. Bu faktörlere ek olarak yaralanma sonrasında hastaların farkındalıklarının azalması, bilişsel işlevlerinin kötüleşmesi ve psikiyatrik bozuklukların oluşturduğu emosyonel labilite gibi faktörlerde eklenebilir. Kişilik değişikliklerinin oluşumunda yaralanma şiddeti, travma sonrası amnezi, gecikmiş hatırlama, bilişsel bozukluklar, duygusal sıkıntı ve sosyal-duygusal değişimler gibi değişkenlerin etkili olduğu bulunmuştur (38).

Bazı araştırmacılar gelişen kişilik değişikliklerini iki ayrı sendrom olarak gruplandırmaktadır. Birincisi, apati ve künt afektin hâkim olduğu bir kişilik sendromu iken ikincisi ise disinhibisyon, benmerkezci ve uygunsuz davranışlar gösteren bir psödopsikopatik kişilik sendromudur. DSM-5 ise kişilik değişikliklerini agresif, labilite, disinhibe, apatik, paranoid, bileşik ve belirsiz (diğer) tip gibi alt tiplere ayırmaktadır. Disinhibisyon, uygunsuz duygusal ve sosyal tepkiler, karar verme davranışlarında ve hedefe yönelik davranışlarda bozukluklar, hiperseksüalite, empati ve içgörü eksikliği ile ilişkilendirilmiştir. Erken dönem çalışmalarda sosyal disinhibisyonun prevelansı ile ilgili geniş bir aralık bildirilmektedir. Ancak güncel çalışmalar sıklığının % 22-32 arasında değiştiğini göstermektedir. Sosyal disinhibisyonun oluşumunda orbitofrontal korteksin birincil olarak hasar görmesi veya bu bölgenin diğer beyin bölgeleriyle olan ilişkisindeki fonksiyon bozuklukları sorumlu görülmektedir (39). Ayrıca ventromedial frontal lezyonların sonucunda da disinhibisyonun olduğu düşünülmektedir. Agresyon ve dürtü kontrolündeki zayıflamanın ise anterior temporal lobdaki lezyonlar sonucu olduğu belirtilmektedir (34). Bu fonksiyon bozukluklarının sonucunda inhibisyon mekanizmalarında zayıflama, sosyal bilişte bozulma ve farkındalıkta azalma meydana

Tablo 3 TBH sonrası oluşan psikiyatrik hastalıkların görüntüleme sonuçları

Psikoz	Depresyon	Mani	TSSB	OKB	Alkol bağımlılığı	Agresyon	Apati
<ul style="list-style-type: none"> Fokal lezyonlar ve atrofi 	<ul style="list-style-type: none"> Sol VLPFK ve DLPFK bölgelerde gri cevherde azalma DLPFK, VLPFK ve OFK, ASK ve PL bölgelerde hipometabolizma Bilateral hipokampal voltüm kaybı 	<ul style="list-style-type: none"> Temporal lobda multifokal lezyon Sağ hemisfer lezyonu Limbik alan lezyonu 	<ul style="list-style-type: none"> Sol temporal ve OFK lezyon Sağ OFK beyaz cevherde, orta serebellar pedinküllerde ve singulum demetlerinde fonksiyonel anormallikler Diffüz beyin lezyonu 	<ul style="list-style-type: none"> FT kortekste fokal kontüzyonlar ve subkortikal yapılarda (KN) hasar OFK, KN ve ASK yapısal lezyon / fonksiyonel anormallikler 	<ul style="list-style-type: none"> Genel beyin atrofisi PFK voltüm kaybı 	<ul style="list-style-type: none"> Frontal lob hasarı 	<ul style="list-style-type: none"> Subkortikal ve ASK lezyonu Medial PFK ve sol hipokampal voltüm kaybı Sol PFK hasarı

VLPFK: Ventrolateral Prefrontal Korteks, DLPFK: Dorsolateral Prefrontal Korteks, OFK: Orbitofrontal Korteks, ASK: Anterior singulat korteks, PL: Paralimbik.

FT: Frontotemporal, KN: Kaudat nükleus, PFK: Prefrontal Korteks

gelmektedir. Tüm bu fonksiyon bozuklukları ise bakım verenlerin tükenmişliği, aile fonksiyonlarının bozulması, topluma düşük uyum, intihar girişimleri ve adli sorunlar ile sonuçlanmaktadır (39).

Tedavi yaklaşımları

TBH sonrası meydana gelen psikiyatrik bozuklukların tedavisi hem farmakolojik hem de farmakolojik olmayan müdahaleyi içerir. Oluşan bozuklukların tedavisi için farmakolojik seçenekler oldukça fazladır. Ancak hastalarda farmakoterapinin etkilerini değerlendiren kontrollü klinik çalışma sayıda azdır.

TBH sonrası oluşan psikiyatrik bozukluklar için ilaç reçete edilirken psikofarmakolojinin temel prensiplerinin göz önünde bulundurulmalıdır. TBH geçiren hastalar travmadan dolayı ilaç yan etkilerine karşı duyarlıdır. Bundan dolayı ilaç dozları daha düşük dozda başlanmalı ve yavaşça yükseltilmelidir. Nöbet eşliğini düşüren ilaçlar ilk tercih olmamalıdır. İlaç etkileşimlerinden ve çoklu ilaç kullanımından kaçınılmalıdır. Eş tanı psikiyatrik bozukluklar tanınmalıdır. Tedavi de bu komorbiditeye göre planlanmalıdır.

Agresyonun tedavisinde çevresel düzenlemeler tercih edilen ilk yoldur. Çevresel düzenlemeler içinde sakin ve yatıştırıcı bir ses tonu ile konuşmak, hastanın kendisini ifade etmesine izin vermek, bekleme sürelerini azaltmak, olumlu faaliyetlere yönlendirmek, aşırı kalabalık ve gürültü ortamlara

girmesini engellemek yer almaktadır. Bu gibi düzenlemelerin yeterli olmadığı durumlara farmakoterapi kullanılmalıdır. Randomize kontrollü çalışmalardan propranolol ve pindolol gibi beta-blokerlerin agresyon tedavisine etkinliğini göstermiştir. Karbamazepin ve valproat gibi antikonvülsanların klinik uygulamada etkili olduğu bildirilmiştir. Ayrıca atipik antipsikotikler, antidepresanlar (sertralin vb.), buspiron, lityum ve amantadinin de etkili olduğunu bildiren çalışmalar vardır (40).

TBH sonrası en sık oluşan psikiyatrik bozukluklardan birisi depresyondur. Birçok psikososyal faktörle ilişkilidir. Bu faktörlerle ilgili müdahaleler sıklıkla gereklidir. Aileye ve hastaya sosyal destek sağlama ile bakım verenlerin yorgunluğunu azaltma en temel yapılması gerekenlerdir. Farmakolojik anlamda ise TBH sonrası depresyonun tedavisi, temel psikiyatri pratiğindeki depresyon tedavisine benzerdir. İlaç yan etkileri, ilaç seçiminde en önemli dikkat edilmesi gereken konudur. Serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) genellikle daha güvenli ve iyi tolere edildiği için ilk tercih olarak kabul edilmektedir. Sertralin yan etkilerin ve ilaç etkileşimlerinin daha az olması nedeniyle özellikle avantajlıdır. Sitalopram, fluoksetin, paroksetin, venlafaksin, amitriptilin, bupropion ve moklobemid kullanımıyla genel olarak iyi sonuçlar alındığı rapor edilmiştir (41). Nöbet eşliğini düşüren, bilişsel fonksiyonları bozan ve yüksek antikolinergik yan etki insidansı olan trisiklik antidepresanlardan (TCA) kaçınılmalıdır. Hastanın bilişsel sorunları tedaviye uyumunu engellemeyecek düzeyde ise bilişsel davranışçı tedavi (BDT) kullanılabilir.

Literatürde, TBH sonrası mani için özgül tedaviler konusunda sınırlı kanıt bulunmaktadır. Duygudurum dengeleyici ilaçlardan özellikle valproat ve karbamazepin mani belirtilerini iyileştirmekte etkili olmuştur. Atipik antipsikotikler (özellikle ketiyapin, olanzapin), özellikle psikotik özelliklerin eşlik ettiği manik belirtileri olan hastalarda başka bir tedavi seçeneğidir. Lityum için literatürde çelişkili bir durum olmakla birlikte ilk tercih olarak kullanılmamalıdır. Nöral koruyucu etkilerinin olması önemli bir avantaj gibi gözükmektedir. Ancak nöbet eşliğini düşürmesi, kognitif bozukluğu arttırması ve düşük bir terapötik indekse sahip olması gibi ciddi dezavantajları vardır (40).

TBH sonrası gelişen anksiyete bozukluklarının tedavisinde ilaç seçimi genel olarak depresyon tedavisine benzemektedir. İlaç seçiminde temel nokta ilaçların yan etki profilleridir. SSRI'lar ilk tercih olmakla birlikte buspiron başka bir olası tedavi seçeneğidir. Benzodiazepinler bilişsel bozukluğa, disinhibisyona ve gecikmiş nöronal toparlanmaya neden olduğu için ilk tercih edilecek ilaçlar arasında olmamalıdır. Kullanılacaksa da uzun etkili benzodiyazepinlerin (diazepam, klonozepam) düşük dozlarda kullanılması uygun olacaktır. BDT, nörorehabilitasyon ve psikoterapi tedavide önemlidir. OKB ve TSSB tedavisinde hastanın bilişsel durumu engel değilse öncelik BDT olmalıdır. Yaralanma sonrası oluşan bilişsel sekelere olay ile ilgili intrüziv anıların hatırlanmasını zorlaştırabilir. Bu gibi durumlarda anılar dışındaki uyaranlar ele alınmalıdır. BDT hastanın bilişsel disfonksiyonları göz önünde bulundurularak yapılandırılmalıdır. OKB farmakoterapisinde ise klomipramine kıyasla SSRI'lar yan etkilerin daha az olmasından dolayı tercih edilmelidir. TSSB'nin farmakoterapisi için spesifik öneriler bulunmamasıyla birlikte antidepresanlar (özellikle SSRI'lar), atipik antipsikotikler ve adrenerjik blokerler genel olarak kullanılabilecek tedavi seçenekleridir (42).

Psikotik belirtilerin eşlik ettiği bozukluklarda temel olarak tipik veya atipik antipsikotik ilaçlar kullanılmaktadır. Tipik antipsikotiklerin, antikolinergik, hipotansif ve bazılarının sedatif yan etkileri TBH sonrası var olan defisitleri daha da kötüleştirebilir. Haloperidol başta olmak üzere tipik antipsikotikler nöronal iyileşmeyi gecik-

tirmektedir (43). TBH sonrasında azalan dopamin seviyelerini tipik antipsikotikler daha da düşürür. Bundan dolayı psikotik bozuklukların tedavisinde serotoninerjik etkileri de olan atipik antipsikotiklerin tercihi daha uygundur. Atipik antipsikotiklerden özellikle olanzapin TBH psikozunun ilk tercih edilecek ilaçlarından birisidir. Bununla birlikte risperidonun da ilk tercih edilecek atipik antipsikotiklerden birisi olabilir. Hastalar özellikle yan etkilere duyarlı olduğundan, başlanacak ilaç dozunun, standart dozların yaklaşık yarısı dozunda başlanması ve dozun yavaşça arttırılması önerilmektedir. Klozapin TBH sonrasında görülebilen nöbeti tetikleyebilir. Ayrıca klozapin antikolinergik yan etkilerinden dolayı bilişsel bozulma ve deliryum provokasyonu yapabilir (14). TBH sonrasında gelişen psikiyatrik bozuklukların tercih edilmesi önerilen ve kullanırken dikkat edilmesi gereken ilaçlar Tablo 2'de gösterilmiştir.

Son yıllarda, TBH sonrasında gelişen psikiyatrik hastalıkların tedavisinde farmakoloji dışında da birçok tedavi yönteminin etkinliği gösterilmiştir. Bunlar arasında başta Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (FTBT), Destekleyici Psikoterapi ve Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) yer alır. Bu tedavi modalitelerinin farmakoterapiye göre bazı avantajları vardır. Yaralanma sonrasında nöbet eşliği düşen hastaların ilaç yan etkilerine karşı daha duyarlı olduğu bilinmektedir. TBH geçiren hastalarda ilaç dozu ayarlaması, takibi ve diğer ilaçlarla olan ilaç etkileşimleri tedavilerin düzenlenmesini oldukça zorlar. Farmakolojik olmayan tedavi yöntemlerinde bu gibi sorunlar görülmemekle birlikte, hastaların bu tedavi yöntemlerinden yararlanması için belli bir motivasyonunun ve bilişsel uyumunun olması gerekir. Farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri sıklıkla TBH sonrasında görülen depresyon ve anksiyete bozukluklarında uygulanmaktadır.

FTBT, düşünce ve duygular üzerindeki farkındalığı arttırmayı hedefler. Böylece gerçek ile onun zihindeki yansımaları arasındaki farklılığı gidermeye çalışır. Yineleyen depresyonlu bireylerde nüksün önlenmesinde etkili olduğu gösterilmiştir. TBH sonrasında depresyon gelişen 76 hastaya FTBT uygulanmıştır. Kontrol grubuna göre müdahale grubunda depresyon belirtileri anlamlı bir şekilde

gerilemiştir. Bu gerilemenin orta derecede bir etkiye sahip olduğu ve tedavinin 3 ay sonrada etkisini gösterdiği belirtilmiştir (44). Benzer bir çalışmada 8 haftalık bir takip süresince 20 kişi değerlendirilmiş ve FTBT uygulanmıştır. Hastaların depresyon belirtilerinde gerileme olmakla birlikte ağrı şiddetinde azalma ve enerji seviyelerinde önemli bir artışın olduğu vurgulanmıştır. Ancak anksiyete belirtilerinde bir farklılık gözlenmemiştir (45).

Depresyon için uygulanan tedavi yöntemlerinden bir diğeri destekleyici psikoterapidir. Bir çalışmada destekleyici psikoterapi ve BDT etkinlikleri arasındaki farklılığı araştırmıştır. 77 kişi randomize olarak gruplara ayrıldıktan sonra 16 seans terapi görmüşlerdir. Her iki tedavi modalitesinde de depresyon ve anksiyete belirtilerinde anlamlı gerileme gözlenmiştir. Ancak tedavi yöntemleri arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı belirtilmiştir (46). BDT'nin TBH sonrasında gelişen depresyon ve anksiyete bozuklukları için etkinliğinin gösterilmesiyle birlikte internet temelli BDT uygulamaları planlanmaya başlanmıştır. 6 haftalık bir tedavi sonrasında 1 yıllık etki araştırıldığı bir çalışmada, depresyon puanlarında anlamlı bir düşüş gözlenmiştir. Ancak bu çalışmada 1 yıllık takip süresini tamamlayan örneklem sayısının düşük olması önemli bir kısıtlılıktır (47).

EMDR başta travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu olmak üzere psikiyatrik hastalıklarda kullanılan bir tedavi yöntemidir. EMDR, TSSB'de en etkili tedavi yöntemlerinden birisidir. 2008 yılında yapılan bir çalışmada, Kaza ve terör eylemleri sonrasında akut stres bozukluğu yaşayan hastaların tedavisinde EMDR'nin umut verici sonuçlar sağladığı bildirilmiştir. Hastaların yarısında belirtilerde belirgin bir azalma gözlenmiş olup % 27'si ise kısmi düzelmeye göstermiştir. Çalışmada erken dönemde komplikasyonsuz travma vakalarında EMDR müdahalesinin tedavide etkin rolü olduğunu belirtmektedir (48). TBH sonrasında oldukça sık gözlenen TSSB için EMDR tedavisi önemli bir seçenek gibi gözükmektedir.

Prognoz

TBH'nin etkisini ölçmek birçok nedenden dolayı

zordur. Hafif TBH olgularının bir kısmının tedavi görmesi, elde edilen istatistikler sadece başvurulardan kaynaklı olması, savaşlardaki yaralanmaların önemli bir kısmının kayıt altına alınmamış olması bu nedenlerden birkaçıdır. TBH sonrası oluşan bozukluklar için sınıflandırma zorlukları kısmen azalsa da halen devam etmektedir. Bütün bu nedenlerden dolayı TBH etkisi gerçekte görünenden daha yüksektir. TBH, mortalite ve morbiditenin ana nedenlerinden birisidir. İnsidansı giderek artan TBH'nin, Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 2020 yılına kadar tüm yaş gruplarında dünyanın önde gelen morbidite sebeplerinden birisi olacaktır. TBH sonrasında sağ kalanlar yaralanma sonrasında birçok zorlukla karşılaşır. Fiziksel hastalıklara ek olarak bilişsel bozukluklar, depresyon ve anksiyete bozuklukları başta olmak üzere birçok nöropsikiyatrik sorun gözlenir. Bu sorunlar sadece bireyleri etkilemez. Hastaya bakım verenler başta olmak üzere neredeyse tüm aile üyeleri etkilenir. Bu durumu en iyi gösteren yakın zamanlı bir çalışmada, TBH geçiren kadınların çocuklarında afektif bozukluk ve anksiyete bozukluğu riskinin arttığı, TBH geçiren erkeklerin çocuklarında ise madde kullanım bozukluğu ile emosyonel ve davranış bozuklukları riskinin arttığı belirtilmiştir (49). Kişinin iş hayatında yaşamış olduğu zorluklar ise TBH'nin önemli toplumsal etkilerinden birisidir.

TBH ile ilgili ileriye dönük olarak yürütülen çalışmalar oldukça sınırlı sayıda olup doğası gereği metodolojik kısıtlılıkları barındırır. Bundan dolayı psikiyatrik hastalıkların prognozu değerlendirilirken bu kısıtlılıklar göz önünde bulundurularak yorumlanmalıdır. Yapılan bir çalışmada TBH sonrasında hastalar 5 yıl takip edilmiştir. Hastaların % 77,7'sinin ilk yıl içinde ortaya çıkan bir psikiyatrik tanı aldığı belirtilmektedir (50). Bu oran 5 yıl içinde ise % 75,2'dir. Hastalarda anksiyete, duygudurum ve madde kullanım bozuklukları sıklıkla komorbidite göstermektedir. Hastaların yarısından çoğunun (% 56,5) yaralanma öncesinde herhangi bir psikiyatrik tanısının olmadığı tespit edilmiştir. Genel olarak hastalıkların görülme sıklığının her yıl % 27 oranında azaldığı saptanmıştır. Ancak bu azalma halinin duygudurum ve madde kullanım bozukluklarında kısmen sabit kaldığı gözlenmiştir. Psikiyatrik hastalık oluşumunda en güçlü

yordayıcıların yaralanma öncesi bir psikiyatrik bozukluğun olması ve kaza ile ilgili bir uzuv yaralanması olduğu belirtilmiştir (50).

Sonuç

“Sessiz salgın” tanımlamasıyla dikkat çekilmeye çalışan TBH’nin etkisi gün geçtikçe daha da artmaktadır. Geçen zamanla birlikte TBH’nin epidemiyolojisi, etiyojisi, tanı kriterleri ve tedavisi daha iyi anlaşılmaktadır. Ancak hafif TBH başta olmak üzere olguların önemli bir kısmı çeşitli nedenlerden dolayı tanı almamakta ve tedavisi kalmaktadır. Depresyon, anksiyete bozuklukları ve

alkol/madde kötüye kullanımı başta olmak üzere TBH sonrasında psikiyatrik bozukluklar oldukça sık gözlenmektedir. Hastaların yaşadıkları bedensel, ruhsal ve sosyal alanlarda yaşanan zorluklardan dolayı intihar girişimindeki artışlar mevcuttur. Tüm hastalar bu bağlamda değerlendirilmeli ve takip edilmelidir.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr. Bahadır Genis, Caycuma Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Zonguldak, Türkiye
bahadirgenis06@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Dewan MC, Rattani A, Gupta S, Baticulon RE, Hung YC, Punchak M, Agrawal A, Adeleye AO, Shrimel MG, Rubiano AM, Rosenfeld JV, Park KB. Estimating the global incidence of traumatic brain injury. *J Neurosurg* 2018; 1-18.
2. Goldstein M. Traumatic brain injury: a silent epidemic. *Ann Neurol* 1990;27:327.
3. CDC. Percent Distributions of TBI-related Emergency Department Visits by Age Group and Injury Mechanism — United States, 2006–2010. https://www.cdc.gov/traumaticbraininjury/data/dist_ed.html Erişim tarihi: Nisan 5, 2018.
4. Peeters W, van den Brande R, Polinder S, Brazinova A, Steyerberg EW, Lingsma HF, Maas AI. Epidemiology of traumatic brain injury in Europe. *Acta Neurochir (Wien)* 2015;157:1683-1696.
5. Bushnik T, Hanks RA, Kreutzer J, Rosenthal M. Etiology of traumatic brain injury: characterization of differential outcomes up to 1 year postinjury. *Arch Phys Med Rehabil* 2003;84:255-262.
6. CDC. Report to Congress on Traumatic Brain Injury in the United States: Epidemiology and Rehabilitation. Edited by Frieden TR, Houry D, Baldwin G. Atlanta, GA, National Center for Injury Prevention and Control; Division of Unintentional Injury Prevention, 2015, pp. 17.
7. Ponsford J, Alway Y, Gould KR. Epidemiology and Natural History of Psychiatric Disorders After TBI. *JNCN in Advance* 2018;1-9.
8. Seel RT, Kreutzer JS, Rosenthal M, Hammond FM, Corrigan JD, Black K. Depression after traumatic brain injury: a National Institute on Disability and Rehabilitation Research Model Systems multicenter investigation. *Arch Phys Med Rehabil* 2003;84:177-184.
9. Gould KR, Ponsford JL, Johnston L, Schonberger M. The nature, frequency and course of psychiatric disorders in the first year after traumatic brain injury: a prospective study. *Psychol Med* 2011;41:2099-2109.
10. Brenner LA, Ignacio RV, Blow FC. Suicide and traumatic brain injury among individuals seeking Veterans Health Administration services. *J Head Trauma Rehabil*. 2011;26:257-264.
11. Jorge RE, Robinson RG, Moser D, Tateno A, Crespo-Facorro B, Arndt S. Major depression following traumatic brain injury. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:42-50.
12. Shukla S, Cook BL, Mukherjee S, Godwin C, Miller MG. Mania following head trauma. *Am J Psychiatry* 1987;144:93-96.
13. Jorge RE, Robinson RG, Starkstein SE, Arndt SV, Forrester AW, Geisler FH. Secondary mania following traumatic brain injury. *Am J Psychiatry* 1993;150:916-921.
14. Dille M, Aven C. Long-Term Neuropsychiatric Disorders After Traumatic Brain Injury, in *Psychiatric Disorders – Worldwide Advances*. Edited by Uehara T. Rijeka, Croatia, InTech, 2011, pp. 301-328.
15. Harvey AG, Bryant RA. Two-year prospective evaluation of the relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *Am J Psychiatry* 2000;157:626-628.
16. Bontke CF, Rattok J, Boake C. Do patients with mild brain injuries have posttraumatic stress disorder too?. *J Head Trauma Rehabil* 1996;11:95-102.
17. Bryant RA, Marosszeky JE, Crooks J, Gurka JA. Posttraumatic stress disorder after severe traumatic brain injury. *Am J Psychiatry* 2000;157:629-631.
18. Sojka P, Stalnacke BM, Bjornstig U, Karlsson K. One-year follow-up of patients with mild traumatic brain injury: occurrence of post-traumatic stress-related symptoms at follow-up and serum levels of cortisol, S-100B and neuron-specific enolase in acute phase. *Brain Inj* 2006;20:613-620.
19. Bryant RA, Marosszeky JE, Crooks J, Gurka JA. Elevated resting heart rate as a predictor of posttraumatic stress disorder after severe traumatic brain injury. *Psychosom Med* 2004;66:760-761.
20. Rogers JM, Read CA. Psychiatric comorbidity following traumatic brain injury. *Brain Inj* 2007;21:1321-1333.
21. van Reekum R, Cohen T, Wong J. Can traumatic brain injury cause psychiatric disorders?. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000;12:316-327.

22. Berthier ML, Kulisevsky JJ, Gironell A, Lopez OL. Obsessive-compulsive disorder and traumatic brain injury: behavioral, cognitive, and neuroimaging findings. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 2001;14:23-31.
23. Hoofien D, Gilboa A, Vakil E, Donovick PJ. Traumatic brain injury (TBI) 10-20 years later: a comprehensive outcome study of psychiatric symptomatology, cognitive abilities and psychosocial functioning. *Brain Inj* 2001;15:189-209.
24. Sachdev P, Smith JS, Cathcart S. Schizophrenia-like psychosis following traumatic brain injury: a chart-based descriptive and case-control study. *Psychol Med* 2001;31:231-239.
25. Fujii D, Ahmed I. Characteristics of psychotic disorder due to traumatic brain injury: an analysis of case studies in the literature. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2002;14:130-140.
26. Arciniegas DB, Harris SN, Brousseau KM. Psychosis following traumatic brain injury. *Int Rev Psychiatry* 2003;15:328-340.
27. Molloy C, Conroy RM, Cotter DR, Cannon M. Is traumatic brain injury a risk factor for schizophrenia? A meta-analysis of case-controlled population-based studies. *Schizophr Bull* 2011;37:1104-1110.
28. Zhang Q, Sachdev PS. Psychotic disorder and traumatic brain injury. *Curr Psychiatry Rep* 2003;5:197-201.
29. Whelan-Goodinson R, Ponsford J, Johnston L, Grant F. Psychiatric disorders following traumatic brain injury: their nature and frequency. *J Head Trauma Rehabil* 2009;24:324-32.
30. Zgaljardic DJ, Seale GS, Schaefer LA, Temple RO, Foreman J, Elliott TR. Psychiatric Disease and Post-Acute Traumatic Brain Injury. *J Neurotrauma* 2015;32:1911-1925.
31. Vaishnavi S, Rao V, Fann JR. Neuropsychiatric problems after traumatic brain injury: unraveling the silent epidemic. *Psychosomatics* 2009;50: 198-205.
32. Alexander MP. Mild traumatic brain injury: pathophysiology, natural history, and clinical management. *Neurology* 1995;45:1253-1260.
33. Hammond FM, Grattan KD, Sasser H, Corrigan JD, Rosenthal M, Bushnik T, Shull W. Five years after traumatic brain injury: a study of individual outcomes and predictors of change in function. *NeuroRehabilitation* 2004;19:25-35.
34. Byars JA, Jorge RE. Neuropsychiatric Consequences of Traumatic Brain Injury, in Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 10th ed, Edited by Ruiz P, Sadock BJ, Sadock VA. Philadelphia, Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins Health, 2017, pp. 522-540.
35. Ouellet MC, Beaulieu-Bonneau S, Morin CM. Insomnia in patients with traumatic brain injury: frequency, characteristics, and risk factors. *J Head Trauma Rehabil* 2006;21:199-212.
36. Worthington A, Wood RL. Apathy following traumatic brain injury: A review. *Neuropsychologia* 2018;118:40-47.
37. Kant R, Duffy JD, Pivovarnik A. Prevalence of apathy following head injury. *Brain Inj* 1998;12:87-92.
38. Weddell RA, Wood RL. Perceived personality change after traumatic brain injury II: comparing participant and informant perspectives. *Brain Inj* 2018;32:442-452.
39. Osborne-Crowley K, McDonald S. A review of social disinhibition after traumatic brain injury. *J Neuropsychol* 2016;12:176-199.
40. Warden DL, Gordon B, McAllister TW, Silver JM, Barth JT, Bruns J, Drake A, Gentry T, Jagoda A, Katz DI, Kraus J, Labbate LA, Ryan LM, Sparling MB, Walters B, Whyte J, Zapata A, Zitnay G. Guidelines for the pharmacologic treatment of neurobehavioral sequelae of traumatic brain injury. *J Neurotrauma* 2006;23:1468-1501.
41. Alderfer BS, Arciniegas DB, Silver JM. Treatment of depression following traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil* 2005;20:544-562.
42. Vieweg WV, Julius DA, Fernandez A, Beatty-Brooks M, Hetttema JM, Pandurangi AK. Posttraumatic stress disorder: clinical features, pathophysiology, and treatment. *Am J Med* 2006;119:383-390.
43. Goldstein LB. Basic and clinical studies of pharmacologic effects on recovery from brain injury. *J Neural Transplant Plast* 1993;4:175-192.
44. Bedard M, Felteau M, Marshall S, Cullen N, Gibbons C, Dubois S, Maxwell H, Mazmanian D, Weaver B, Rees L, Gainer R, Klein R, Moustgaard A. Mindfulness-based cognitive therapy reduces symptoms of depression in people with a traumatic brain injury: results from a randomized controlled trial. *J Head Trauma Rehabil*. 2014;29:13-22.
45. Bedard M, Felteau M, Marshall S, Dubois S, Gibbons C, Klein R, Weaver B. Mindfulness-based cognitive therapy: benefits in reducing depression following a traumatic brain injury. *Adv Mind Body Med* 2012;26:14-20.
46. Ashman T, Cantor JB, Tsaousides T, Spielman L, Gordon W. Comparison of cognitive behavioral therapy and supportive psychotherapy for the treatment of depression following traumatic brain injury: a randomized controlled trial. *J Head Trauma Rehabil*. 2014;29:467-478.
47. Topolovec-Vranic J, Cullen N, Michalak A, Ouchterlony D, Bhalerao S, Masanic C, Cusimano MD. Evaluation of an online cognitive behavioural therapy program by patients with traumatic brain injury and depression. *Brain Inj* 2010;24:762-772.
48. Kutz I, Resnik V, Dekel R. The effect of single-session modified EMDR on acute stress syndromes. *J EMDR Pract Res*. 2008;2:190-200.
49. Kinnunen L, Niemela M, Hakko H, Miettunen J, Merikukka M, Karttunen V, Ristikari T, Gissler M, Räsänen S. Psychiatric diagnoses of children affected by their parents' traumatic brain injury: the 1987 Finnish Birth Cohort study. *Brain Inj* 2018;32:933-940.
50. Alway Y, Gould KR, Johnston L, McKenzie D, Ponsford J. A prospective examination of Axis I psychiatric disorders in the first 5 years following moderate to severe traumatic brain injury. *Psychol Med* 2016;46:1331-1341.

Kalp nakli olan bir çocuk olguda psikiyatrik destek ve tedavinin önemi

The importance of psychiatric support and treatment in a child with heart transplantation

Özge Çelik¹, Emre Ürer², Emrah Cem Bayram³, Birim Günay Kılıç⁴

¹Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı AD, Ankara, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-3558-9068>

²Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı AD, Ankara, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-0562-837X>

³Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı AD, Ankara, Türkiye <https://orcid.org/0000-0001-9255-4913>

³Prof., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı AD, Ankara, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-4566-2564>

ÖZET

Kronik hastalıklar ve uzun süreli hastane yatışı gerektiren durumlar çocuklar ve aileleri için psikososyal yükleri beraberinde getirmektedir. Özellikle organ nakli ihtiyacı olan çocuklarda preoperatif ve postoperatif dönemlerde aile ve çocuk psikiyatrik açıdan özenle incelenmeli, gerekli sosyal destek sistemleri harekete geçirilmelidir. Bu dönemde hastaların, olası do-ku/organ reddi ile ilgili düşünce ve duygularını ifade edememelerinin, kaygı ve korkularını sözelleştirememelerinin ve etkili baş etme yöntemlerini kullanamamalarının bakım ve tedaviyi zorlaştırdığı bilinmektedir. Bu sebeplerden dolayı hastanın nakil sonrası tedavi uyumunun sağlanması ve psikiyatrik destek ve tedavilerinin yapılması için ilgili tıp alanlarıyla birlikte ruh sağlığı profesyonelleri ile ortak çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Bu olgu sunumunda, restriktif kardiyomyopati tanısı ile hastane yatışı yapılan ve sonrasında ulusal acil nakil liste-sinden kalp nakli gerçekleştirilen bir hastada, nakil operasyonu öncesi ve sonrasındaki psikiyatrik değerlendirmenin önemini vurgulamayı amaçladık.

Anahtar Sözcükler: Organ nakli, kalp nakli çocuk, psikososyal destek, tedavi

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2019;22:487-492)

DOI: 10.5505/kpd.2019.98704

SUMMARY

Chronic illnesses and situations requiring long-term hospitalization bring psychosocial burdens for children and their families. Especially in children who need organ transplants, family and child should be carefully examined in terms of preoperative and postoperative periods and necessary social support systems should be mobilized. It is known that in this period, patients could not express their thoughts and feelings about possible tissue / organ rejection, not being able to verbalize their anxiety and fears and make effective coping methods difficult to care and treatment. For these reasons, it is necessary to cooperate with mental health professionals with the related medicine fields in order to ensure compliance of the patient after transplantation and to provide psychiatric support and treatment. In this case report, we aimed to emphasize the importance of psychiatric evaluation before and after transplantation in a patient with diagnosis of restrictive cardiomyopathy and then underwent a heart transplantation from the national emergency transplant list.

Key Words: Transplantation, hearth transplant child, psychosocial support, treatment

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaygın kullanılan tanımlamasına göre sağlık, herhangi bir hastalık ve güçsüzlük halinin olmaması ve beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyi olma durumudur. Bu tanım çerçevesinde çocuk ve gençlere sağlık hizmeti sunan tüm meslek elemanlarının biyo-psiko-sosyal bütünlük içinde ve özellikle gelişimsel bakış açısıyla çocuğu ve çevresini (aile-okul vb.) değerlendirmesi gerekir.

Fiziksel sağlık sorunları nedeniyle yatırılarak tedavi edilen çocukların %18-20'sinde davranışsal ve emosyonel sorunlar olduğu bildirilmiştir. Daha ileri tedavi ve girişimleri gerektiren kronik hastalıklarda bu oranın daha fazla olması beklenebilir. Hastalığın kronik doğası, seyrinin ciddiyeti yanı sıra travmatik tıbbi girişimler de çocuklar için olumsuz psikolojik etkileri arttırabilir.

Kronik bedensel hastalığı bulunan kişilerin mevcut bedensel hastalıklarına psikolojik ve sosyal problemler de eşlik edebilmektedir (1). Psikiyatrik eş tanıların varlığı, kronik bedensel hastalığın hem seyrini hem de tedavisini olumsuz etkilemektedir. Tedavi için uzun süreli hastane yatışı gerektiren durumlar yalnızca çocuğa değil tüm aile bireyelerine ek psiko-sosyal zorluklar getirmektedir (2).

Kronik hastalık ve organ yetersizliği durumları bazen nakil ihtiyacı doğurmakta ve bu da uzun ve çok zahmetli bir tedavi sürecini beraberinde getirmektedir. Nakil öncesi dönemde; hastalığın kapsamlı psikiyatrik ve psikometrik değerlendirmeleri yapılmaktadır. Bu aşamada amaç; hastanın, ebeveynlerin ve ailedeki diğer bireylerin hastalık ve nakil ile ilgili bilgilerini arttırmak, hastanın psikiyatrik açıdan nakile uygun olup olmadığını değerlendirmek, psikososyal destek sistemlerini gözden geçirmek, varsa psikiyatrik eş tanıları saptamak ve tedavi etmektir (3).

Nakil sonrası erken dönem bir yandan yoğun tıbbi tedavilerin sürdüğü ve çoğu zaman çocuk ve aile üyelerinden birinin enfeksiyon riski nedeniyle uzun süre izolasyonunun gerektiği bir zaman dilimdir. Daha sonra tedaviler devam etmekte ve çocuğun ve ailenin tedavi uyumu önemini korumaya devam

etmektedir. Bu dönemde hastaların, gerçekleşmesi olası rejeksiyon (doku/organ reddi) ile ilgili duygularını ifade edememelerinin, kaygı ve korkularını sözelleştirememelerinin ve etkili baş etme yöntemlerini kullanamamalarının, bakım ve tedaviyi zorlaştırıcı öfke, düşmanlık, suçluluk, güçsüzlük, ümitsizlik duygularına yol açtığı bilinmektedir.

Yoğun bakım sürecinden çıktıktan sonra da hastaların; sürekli izlem, düzenli poliklinik kontrolü, ilaç tedavisi, beslenme, egzersiz ve kilo kontrolü açısından yaşam tarzı değişikliklerine uyumu içeren karmaşık bir tıbbi rejime uymaları gerekmektedir. Ayrıca, organ reddini önlemek amacıyla aldıkları bağışıklık baskılayıcı tedaviler nedeniyle diğer hastalıklara ve enfeksiyonlara karşı daha savunmasız bir halde yaşamak ve yabancı bir organın kendi vücudunun bir parçası olması fikrine alışmak zorundadırlar. Tüm bu zorluklar birey üzerinde stres yaratır (4). Bu aşamada nakledilen organın korunmasında en önemli faktörlerden birinin medikal tedaviye uyum olması sebebi ile buna ilişkin risk faktörlerinin belirlenmesi ve gerekli önlemlerin gecikmeksizin alınması çok önemlidir (5).

Bu olgu sunumunda, kalp nakli öncesi ve sonrasında takip ettiğimiz ve nakil sonrası dönemde yoğun uyum sorunları yaşayan bir çocuk hastayı sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

Özgeçmiş

12 yaşında kız hasta; Planlı ve sorunsuz bir gebeliği takiben, ailenin 2. çocuğu olarak normal spontan vajinal yolla 3300 gr ağırlığında doğmuş. Perinatal ya da postnatal herhangi bir komplikasyon olmamış. İki yaşına kadar anne sütü almış. 18 aylıkken yürümüş, 1 yaşında ilk kelimelerini söylemiş, 2 yaşında iki kelimelik cümleler kurmaya başlamış. 6 yaşında anasını-fina, 7 yaşında ilkökula başlamış. Kendisinden 1 yaş büyük olan ablası ile aynı okulda öğrenim görüyormuş. Okulda derslere katılımı ve notları iyi olan bir öğrenci olmakla birlikte, sınıf arkadaşları ve akranlarıyla ilişkileri çok iyi değilmiş.

Soygeçmiş ve aile öyküsü

4 çocuklu bir ailenin ikinci çocuğu olan hastamızın, 13 ve 3 yaşlarında iki kız kardeşi ve 7 yaşında bir erkek kardeşi olduğu, tüm kardeşleri sağ ve sağlıklı olup, 3 yaşındaki kardeşi dışındakilerin örgün eğitime devam ettikleri öğrenildi.

Annenin 37 yaşında, fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklı olduğu, ilkokul birinci sınıftan sonra eğitim almadığı ancak okur yazar olduğu, herhangi bir işte çalışmadığı ve ev ekonomisine katkısının olmadığı öğrenildi.

Babanın 40 yaşında, fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklı olduğu, ilkokulu bitirdikten sonra okula devam etmediği ve inşaat işçiliği, kağıt toplamak gibi gününbirlik işlerle evin geçimini sağladığı öğrenildi.

Tüm ailenin; Hastamızın nakil süreci sebebiyle, yaşadıkları şehirden tedavinin yapıldığı şehre göç ettikleri, kardeşlerin burada okula devam ettikleri, göç edilen şehrin görece büyükşehir olması ve masraflarının daha fazla olması sebebiyle geçim sıkıntısı yaşadıkları öğrenildi.

Klinik öykü

Hastanın 5 yaşından beri ara ara olan halsizlik, iştahsızlık, efor ile belirginleşen nefes darlığı, zaman zaman bacaklarda ve karında şişlik, ellerde ve dudak çevresinde morarması ve eforla belirginleşen çarpıntı şikayetlerinin olduğu öğrenildi. Daha önce demir eksikliği anemisi tanısı konulduğu, demir tedavisi ile anemisinin düzelmediği öğrenildi. Nefes darlığı ve çarpıntı şikayetlerinin belirginleşmesi üzerine, bulunan şehirdeki özel bir hastanenin acil servisine başvurmuşlar. Burada yapılan tetkilerde kalp yetersizliği bulguları saptanması üzerine, üniversitemizin çocuk kardiyoloji anabilim dalına acil koşullarda sevk edilmiş.

Tıbbi Tanı ve Tedavi Süreci

Bulduğumuz kurumdaki çocuk kardiyoloji anabilim dalında yapılan değerlendirmeler so-

nucunda hastanın “Restrik kardiyomiyopatiye bağlı kalp yetersizliği” tanısı ile çocuk yoğun bakım ünitesine yatırıldığı öğrenildi. Olgunun yaşı, tıbbi durumu ve hayati tehlikesi göz önüne alındığında kalp nakli ihtiyacının olduğu düşünülerek, ulusal acil kalp nakil listesine alınmış. Bu süre zarfında hasta çocuk ergen ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğine nakil uygunluğu ve psikiyatrik değerlendirme amacıyla konsulte edildi. Hasta tarafımızca çocuk yoğun bakım servisinde değerlendirildi, kendisi, anne ve babası ile psikiyatrik görüşme yapıldı ve kalp nakline kontrendikasyon oluşturacak bir psikopatoloji düşünülmedi. Ailenin ve hastanın kliniğimizde düzenli takipleri önerildi.

Ulusal nakil listesinde uygun kalp bulduktan sonra, hastanın çocuk yoğun bakım ünitesine yatışının 4. Gününde kalp nakli gerçekleştirilmiş.

Nakil sonrası dönemde 2 hafta çocuk yoğun bakım ünitesinde sorunsuz takip edilen hasta, sonrasında kardiyopulmoner rehabilitasyon amacıyla fiziksel tıp ve rehabilitasyon kliniğine devredilmiş. Hasta nakil sonrası 17. Günde fiziksel tıp ve rehabilitasyon kliniğinden, tedavi uyumunun bozulması, su içmeyi reddetmesi ve böbrek fonksiyon testlerinde buna bağlı bozulma olması gerekçeleriyle tarafımıza konsulte edildi.

2 ay süreyle fiziksel tıp ve rehabilitasyon kliniğinde ve sonrasında 2 ay süreyle de çocuk kardiyoloji kliniğinde, yatak başı psikiyatrik görüşmeler devam etti.

Çocuk Ergen Ruh Sağlığı İzlemi

Yapılan ruhsal durum muayenesinde; Hastanın yaşından küçük görüldüğü, öz bakımı yetersiz olduğu gözlemlendi. Bilinci açıktı. Yer, zaman ve kişi yönelimi korunmuştu. Zekası klinik değerlendirme ile normaldi. Duygudurumu anksiyöz ve depresif, afektif duygudurumu ile uyumluydu. Düşünce içeriğinde mevcut tıbbi durumu ve uzun süreli hastane yatışı ile uyumlu karamsarlık ve umutsuzluk mevcuttu. Dikkat ve bellek normal değerlendirildi. Algı bozukluğu yoktu, gerçeği değerlendirme yetisi korunmuştu.

Çocuk Depresyon Ölçeği puanı 31 olup; Beier Cümle tamamlama testinde, “Hastalığından önce ailesinin onu daha çok sevdiği”, “Bunların O’ nun başına gelmesinin şanssızlık olduğu”, “Hiç arkadaşının bulunmadığı” şeklinde, depresif temalar mevcuttu. Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (WÇZÖ) uygulandı ve tüm zeka bölümü puanı 87 olarak belirlendi. Bu bulgular ışığında çocukta “Major depresif bozukluk (hafif/orta düzey)” ve Tıbbi durumla ilişkili uyum sorunlarına ikincil karşı gelme davranışları (su içmeyi reddetme) olduğu düşünüldü.

Nakil sonrası yapılan ilk değerlendirmeden sonra durumun aciliyeti göz önüne alınarak hasta tarafımızdan her gün yataklı serviste bir saatlik görüşmeler ile takip edilmeye başlandı. Bu görüşmelerin ilişkinin gücünü arttırmak amacıyla hep aynı hekim tarafından yapılması planlandı. Destekleyici görüşmeler ve ek olarak yaşam kalitesini ve tedavi uyumunu arttırmaya yönelik davranışçı müdahalelerde bulunuldu. Bu süreçte herhangi bir psikotrop tedavi başlanmadı.

Günlük görüşmelerin başlangıcında hasta işbirlikçi bir tutum sergilememekte, karşılıklı ko-nuşmalarda son derece sınırlı sayıda cümle kurmakta, hastalığı ve nakil süreci ile ilgili ko-nuşmaktan belirgin şekilde kaçınıyordu. Gece uykuya dalamadığı, gündüz tedavi saatlerinde uyuduğu, bu nedenle fizyoterapi seanslarının aksadığı ilgili kat hekiminden öğrenildi. Bu sebeplerle görüşmelerde hastanın günlük işleri organize edebilmesi ve tedavi programını ak-satmaması üzerinde de çalışılmaya başlandı. Aileye ve yattığı klinikteki tedavi ekibine davranış/tutum önerileri verildi.

Takip eden görüşmeler süresince hastanın günlük su alımında artış, böbrek fonksiyon testlerinde normale düzeye inme kaydedildi. Düşünce içeriğinde hastalığıyla ilgili umutsuz ve hastalığı reddedici temaların azaldığı, özbakımının daha iyi olduğu, duygu ve düşüncelerini daha kolay paylaşmaya başladığı, görüşmelerde daha konuşkan olduğu gözlemlendi. İlgili tedavi ekibinden kardiyopulmoner fizyoterapiye daha düzenli ve istekli katıldığı, sabah saatlerine denk gelen seansları kaçırmadığı öğrenildi. 3 hafta süren günlük görüşmeler sonucunda tekrar uygulanan

Çocuk Depresyon Ölçeği puanı 19’ du.

Hastanın yatışının 23. Gününde, 3 yaşındaki kız kardeşinin evde kaza sonrasında yüzünün yandığı, anne ve babanın başka bir hastanede O’ nunla ilgilenmekte olduğu öğrenildi. Bu günden itibaren hastanın yanında 13 yaşındaki ablası refakatçi olarak kalmaya başladı. Bu süreçte hastamızda depresif bulgularda artış gözlemlendi ve klinik tabloya enürezis eklendi. Aile destek sistemlerinin yetersizliği nedeniyle, çocuğun yüksek yararı düşünülerek, ilgili anabilim dallarının katılımıyla bir konsey kurulması planlandı. Üniversitemiz bünyesindeki “Çocuk Koruma Birimi” multidisipliner konseyinde hastanın ve ailesinin psikososyal durumu tartışıldı. Anne ve babaya yasal destek sistemlerinden bahsedilerek, mevcut durumun “Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı” na bildirilmesine karar verildi. Annenin anhedoni, depresif duygu durumu, anksiyete gibi ruhsal belirtileri tanımlaması üzerine erişkin psikiyatrisine yönlendirildi. Bu süreç boyunca, fiziksel tıp ve rehabilitasyon kliniğinde yattığı süre boyunca, hasta ile günlük görüşmelere devam edildi. Depresif mizaçlı uyum bozukluğuna yönelik sertralin 50mg/gün dozunda başlandı. 2 ay süren fiziksel tıp ve rehabilitasyon kliniği yatışından sonra hasta çocuk kardiyoloji kliniğine devir edildi. Bu klinikteki yatışı sırasında da 2 ay süreyle haftada 2 kez olmak üzere, aynı hekim tarafından düzenli takip edildi. Bu süre zarfında, “Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı” nca 2 kez ailenin yaşadığı ev ve yaşam ortamı değerlendirildi. Aile mahkemesince Aileye maddi destek, danışmanlık tedbiri ve hastamıza da sağlık tedbiri kararı çıkarıldı. Anne erişkin konsültasyon liyezon psikiyatrisi kliniğince değerlendirildi ve depresif mizaçlı uyum bozukluğu tanısı ile medikal tedavisi başlandı, görüşmelere düzenli devam ettiği öğrenildi.

Hasta taburculuğunun ardından halen kliniğimizdeki görüşmelerine sağlık tedbiri ile belirlenen aralıklarla gelmekte, daha önce kendisini yatak başında gören hekim tarafından değerlendirilmektedir. Medikal tedavisi sertralin 50 mg/g dozunda devam etmektedir.

TARTIŞMA

Uzun süreli takip ve tedavi gerektiren bedensel hastalıklarda psikiyatrik yakınmalar oldukça sıktır. Organik hastalığın direk etkisine bağlı deliryum tabloları görülebilmekle birlikte, hastalık ve tedavi uyum sorunlarına bağlı depresif belirtiler, anksiyöz belirtiler, karşıt olma-karşı gelme gibi davranış sorunları sık görülür. İmpulsivite, suisidal düşünce veya davranışlar görülebilmektedir. Enürezis, enkoprezis gibi bozukluklar, baş ve karın ağrıları gibi somatik yakınmalar da görülebilir. (6).

Benzer şekilde bizim olgumuzda da uzun süreli hastane yatışı ve nakil sürecinin getirdiği engellemeler depresif duygu durumu, anhedoni ve tedaviye uyum bozukluğu ve enürezise sebep olmuştur. Hastanın kalp nakli olduğu gerçeğini kabullenmesi ve bu konuyla ilgili konuşabilmesi çok uzun zaman almış, hasta başlangıç görüşmelerinde bu konu ile ilgili belirgin şekilde kaçınan davranışlar sergilemiştir. Hastanın düzenli görüştüğü psikiyatristi ile karşılıklı güven ilişkisi kurulduktan sonra, problemlerini daha rahat ifade edebildiği gözlenmiştir. Hastanın bu durum ile ilgili hissettiği duyguları tanımlayabilmeyi öğrenmesi ve korkularını paylaşabilmesi aşamasından sonra hasta ile yapılan görüşmeler daha verimli hale gelebilmiş ve görüşmelerin hasta üzerindeki olumlu etkisi daha net gözlenmiştir. Bu anlamda hastanın içinde bulunduğu duygu durumunu anlatabilmesine yardımcı olmak oldukça önemli görünmektedir.

Hastanın ilk görüşmelerdeki isteksiz ve direngen tavrı görüşen hekim açısından da büyük zorluklar içermiş, görüşmenin amacına uygun ilerleyebilmesi ve hastayla iletişim kurulabilmesi son derece güçleşmiştir. Bu zorluğun sabırla görüşmelere devam edilmesi ile hastanın hekime olan güveninin artması sonucu aşılabildiği görülmüştür.

İlerleyen yaşla birlikte çocuklar sorunlarını anlatmada sözel iletişimi daha iyi kullanır hale gelirler. Anne ve baba ile çocuğu hakkında görüşmek oldukça önemli olsa da çocukla yapılacak psikiyatrik görüşmenin önemi göz ardı edilmemelidir. Sadece ebeveyn ile görüşülürse depresyonu olan çocukların %50'sinin tanısının atlanabileceği,

sadece çocuk ile görüşülürse %25'inin tanısının atlanabileceği bildirilmektedir (7,8). Bu sebeple bizim vakamızda da olduğu gibi hastanın hem kendisi hem de ailesi ile birlikte yapılan görüşmeler, hastanın içinde bulunduğu duygu durumunu daha iyi değerlendirmemize ve daha kapsayıcı bir şekilde hastayı ele almamıza olanak sağlamıştır. Ayrıca aileyle yapılan görüşmeler hastanın dışındaki diğer aile bireyleri hakkında bilgi edinmemizi sağlamıştır. Anne, baba ve diğer kardeşler bir bütün olarak ele alınabilmiştir. Bu sayede "Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı" na gerekli bildirimler yapılmış, ailenin maddi ve manevi açıdan desteklenmesi sağlanmıştır. Sosyal destek sistemlerinin harekete geçirilmesi, hastanın taburculuğu sonrası dönemde de tedavisinin yardımcı olacaktır. Nakil sonrası dönemde immünyüpresif tedavilerin kullanıldığı, belli aralıklarla kontrollere gelmeleri gerektiği düşünüldüğünde, bu durum tedavi uyumu ve biyopsikosozal iyilik halinin devamı için oldukça önemlidir.

Depresif çocuk ve ergenlerde depresyonunun rekürrens oranı oldukça yüksektir. Önceki çalışmalar geçirilmiş depresyonu olanların 6-7 yıl sonra tekrar değerlendirildiğinde %40-50 oranında benzer problemlerin olduğunu göstermiştir (9). Bu sebeple vakamızda bu durumu önlemek amacıyla hastanın taburcu olması durumunda da psikiyatrik görüşmelere düzenli olarak devam edilmesine karar verilmiş, hastanın ve ailesinin nakil sonrası günlük hayatlarına daha iyi uyum sağlayabilmesi açısından bu durumun önemi üzerinde durulmuştur.

Kronik hastalığa sahip bir çocuğun ebeveyni olmanın ailelere getirdiği ruhsal yükün yanı sıra, uzun süreli hastane yatışları nedeni ile iş yaşamından ve sosyal hayattan uzak kalma, tedavi masrafları, kimi zaman il değişiklikleri ve bu faktörlerin yol açtığı ekonomik zorluklar ailelerin yükünü daha da artırmaktadır. Transplantasyon süreci, çocuklarının hayatını kurtaracak olmakla birlikte, aileleri farklı bir kronik hastalık sürecine sokmaktadır. Özellikle tüm ailenin bütüncül olarak ele alınması, psikososyal değerlendirmelerin nakil öncesinde yapılması önemlidir. Bu sayede, nakil süreci öncesinde ya da nakil sürecinde sosyal destek sistemleri hızla devreye sokulabilir (10).

Çocuk ve ergen yaş grubunda kronik hastalık ya da organ nakli durumlarında, multidisipliner yaklaşım ve kurumlar arası işbirliği önemlidir. Çocuk ergen yaş grubundaki konsültasyon liyezon hizmetleri ile hastanın tedavi uyumunun artacağı ve ailenin destekleneceği düşünül-mektedir.

Yazışma Adresi: Dr. Emre Ürer, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri AD, Ankara, Türkiye
emreurer55@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Wasserman A. Principles of psychiatric care of children and adolescents with medical illness. *Psychiatric disorders in children and adolescents*: WB Saunders, Philadelphia; 1990. p. 487-8.
2. Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Tanımı, Kavramları, Hizmet Alanı, Eğitim ve Araştırma Objektifleri İle Dünyada gelişimi ve Bir Bilim Dalı ve Uzmanlık Alanı Olarak Kurumsallaşması. *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı*. 1994;1995.
3. Olbrisch ME, Benedict SM, Ashe K, Levenson JL. Psychological assessment and care of organ transplant patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002;70:771.
4. Wu YP, Aylward BS, Steele RG. Associations between internalizing symptoms and trajectories of medication adherence among pediatric renal and liver transplant recipients. *Journal of pediatric psychology*. 2010;35:1016-27.
5. Fredericks EM, Zelikovsky N, Aujoulat I, Hames A, Wray J. Post-transplant adjust-ment-The later years. *Pediatric transplantation*. 2014;18:675-88.
6. Tamar M, Çocuk ÖB, Depresyon E. *Klinik Psikiyatri* 2004. Ek.2:84-92.
7. Şenol S, Karacan E, Şener Ş. Çocuklarda ve ergenlerde depresyon. A Ekşi (Ed), *Ben Hasta Değilim Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü İstanbul*, Nobel Tıp Kitabevleri. 1999:335-43.
8. Erdoğan İ, Tamar M, Erdoğan E. Major depresif bozukluk tanılı çocuk ve ergenlerde belirti dağılımının karşılaştırılması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2002;9:144-53.
9. Emslie GJ, Rush AJ, Weinberg WA, Kowatch RA, Carmody T, Mayes TL. Fluoxetine in child and adolescent depression: acute and maintenance treatment. *Depression and anxiety*. 1998;7:32-9.
10. Simons L, Ingerski LM, Janicke DM. Social support, coping, and psychological dis-tress in mothers and fathers of pediatric transplant candidates: a pilot study. *Pediatric trans-plantation*. 2007;11:781-7.

Two cases with avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID): Effectiveness of EMDR and CBT combination on eating disorders (ED)

Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu (KKYAB) Olan İki Vaka: EMDR ve BDT Kombinasyonunun Yeme Bozukluklarında (YB) Etkililiği

Alişan Burak Yaşar¹, Ayşe Enise Abamor², Fatma Dilara Usta³, Serap Erdoğan Taycan⁴, Burhanettin Kaya⁵

¹M.D., Marmara University Hospital, Psychiatry Clinic, Istanbul, Istanbul Turkey <https://orcid.org/0000-0002-6778-3009>

²M.A., Istanbul Sehir University, Institute of Social Sciences, Clinical Psychology, Istanbul, Turkey <https://orcid.org/0000-0002-1242-2863>

³PhD., Uskudar University, Institute of Social Sciences, Psychology, Istanbul, Turkey <https://orcid.org/0000-0001-9984-8535>

⁴Assoc. Prof., Haydarpaşa Numune Research and Training Hospital, Psychiatry Clinic, Istanbul, Turkey <https://orcid.org/0000-0001-7599-5821>

⁵Assoc. Prof., Gazi University Faculty of Medicine, Psychiatry Retired Faculty Member, Ankara, Turkey <https://orcid.org/0000-0002-6480-1451>

SUMMARY

Traumatic life events are among the etiological factors that may trigger eating disorders (ED). In the present study, we examined the effects of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy and Cognitive Behavioral Therapy (CBT) therapies combined on two young girls, who had symptoms of ED as a consequence of their traumatic experiences.

Two Caucasian female patients arrived at the clinic with highly similar complaints about eating. They both were mutually holding the fear that food would get stuck in their throat, breathing would be impeded and their heart rate would increase; creating an inability to swallow while eating. This culminated in a fear of death through asphyxiation while eating. In the initial interviews, the clients revealed past traumatic events in which a food blockage in the throat led to a temporary inability to breathe. Therefore, we conducted EMDR therapy combined with CBT. Both were treated with seven sessions of EMDR therapy and nine sessions of CBT, after which symptoms were reduced to minimum. In this case study, EMDR therapy combined with CBT proved to be effective by neutralizing the impact of previous trauma on ED symptomatology.

Key Words: Eating Disorders (ED), Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID), Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR), Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

(Turkish J Clinical Psychiatry 2019;22:493-500)

DOI: 10.5505/kpd.2019.04127

ÖZET

Travmatik yaşam olayları yeme bozukluklarını (YB) tetikleyebilen etiyolojik faktörler arasında yer alır. Bu çalışmada, Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) terapisi ve Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) kombinasyonunun, travmatik deneyimler sonucu gelişen YB semptomlarını taşıyan iki genç kız üzerindeki etkilerini inceledik.

Oldukça benzer yeme şikayetleri ile iki kadın hasta kliniğe başvurdu. Her ikisi de boğazlarına yiyecek takılacağı, bunun ardından nefes almada güçlük çecekleri ve kalp atışlarının hızlanacağı korkularını taşıyordu. Bu korkuları yeme esnasında yutkunamamaya yol açıyordu. İlk görüşmelerde danışanlar boğazlarına yiyecek tıkaması sonucu geçici bir süre nefes alamamaya ilişkin geçmiş travmatik olaylardan bahsetti. Bu nedenle EMDR terapisi ile birlikte BDT uyguladık. Her iki hastanın da yedi seans EMDR ve 9 seans BDT ile tedavi edilmesinin ardından semptomlar minimum düzeye indi. Bu vaka çalışmasında, EMDR terapisi ve BDT birleşimi ile geçmiş travmanın YB semptomları üzerindeki etkisini ortadan kaldırarak etkili sonuçlar elde edildi.

Anahtar Sözcükler: Yeme Bozuklukları (YB), Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu (KKYAB), Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR), Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)

INTRODUCTION

In the US, 50% of teenage girls and 30% of teenage boys engage in unhealthy weight control methods such as skipping meals, fasting, using substances, vomiting, and taking laxatives (1). Different therapies are used to treat ED, but their efficacy is controversial. There might be a variety of causes behind ED, among which are often traumatic or adverse experiences.

According to Lejonclou and his colleagues, the prevalence of traumatic events in ED patients is not at all low(2). Tagay and his colleagues found that patients experiencing more intense PTSD symptoms also have more severe ED symptomatology (3). In summary, there appears to be a frequent correlation between traumatic events and suffering from ED, a clinical reality requiring new treatment considerations. At this point, interventions that successfully resolve the pathology of ED stemming from traumatic events may provide relief to those who are suffering.

Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) is a psychotherapeutic treatment, originally pioneered in the 1980s by Francine Shapiro to treat Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) (4). EMDR treatment targets emotional reactions, negative mindscapes, and constant habits through bilateral (right and left hemispheres) stimulation (BLS) of the brain. On average, EMDR therapy requires approximately eight to twelve sessions for a trauma (5). It includes an identification of unprocessed negative thoughts and the reprocessing of traumatic events, which disturb clients in present time. With BLS techniques, EMDR stimulates a mind state similar to that of REM sleep, providing a consolidation process in the brain, which desensitizes painful or traumatic events (6). EMDR increases the functionality of traumatized people and can be used in the treatment of a variety of psychological problems.

One of the commonly used treatment options for a number of mental disorders including ED is Cognitive Behavioral Therapy (CBT) (7). The purpose of CBT is reappraising of unhelpful thoughts and behaviors with more encouraging ones to pro-

vide clients better functioning lives. In addition to other mental and physical disorders, remarkable improvements had been observed on eating pathology using CBT (8). CBT treatment has been applied for 16 to 20 sessions over the course of 4 to 6 months (9). It is a well-established and widely used therapy for psychological disorders. In this present study, we applied EMDR therapy and CBT to two young female patients who had symptoms of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID), a subtype of ED, stemming from their past negative eating experiences.

In the diagnostic and statistical manual—fifth edition (DSM-5), one of the most remarkable changes to the ED classification included the replacement of feeding disorder of infancy or early childhood with a more inclusive diagnosis named as “avoidant/restrictive food intake disorder” (ARFID). As DSM-5 criteria suggests, patients with ARFID suffer from severe feeding disturbances and display at least one of the following symptoms: significant weight loss, significant nutritional deficiency, dependence on enteral feeding or nutritional supplements, and/or a marked interference in psychosocial functioning. Unlike patients with anorexia and bulimia nervosa (AN and BN), patients with ARFID are without preoccupation with body weight/shape(10). Moreover, they are not engaged in ways of losing weight, yet there is a visible lack of interest in eating or food, food avoidance based on sensory characteristics, or preoccupations including concerns about unwanted consequences of eating (such as vomiting) (10). Currently, the research background supporting this diagnosis is infrequently encountered, as prior classification systems would likely not have allowed clinicians to capture or report on such patients (11).

Treatment required seven sessions of EMDR and nine sessions of CBT. Both patients showed a marked improvement in their eating habits and had the impact of traumatic events attenuated. It can be proposed that the integration of EMDR and CBT has a promising potential to be useful in treating ED and their subtypes, including ARFID. In addition, combination of these treatment methods was effective in preventing ARFID from escalating into more severe forms of ED.

Previous Studies

In 2014, Tagay and colleagues documented comorbidity of PTSD and ED in women with anorexia nervosa and bulimia nervosa, and proposed an association between traumatization and ED(3). They also suggested early detection of traumatic experiences and PTSD in patients with ED, and inclusion of PTSD treatment in cases of comorbidity.

Many studies had been conducted on the efficacy of CBT on ED(12, 13). One of the studies was focusing on how CBT affects subtypes of ED such as anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), and binge eating disorder (BED), and compares it with other treatment approaches. A study found that CBT was slightly more helpful in the treatment of BN and BED when compared to other treatment options with the greatest improvement being when CBT was combined with fluoxetine(14). Another study proposes that CBT may be the best choice of therapy on Eating Disorders Not Otherwise Specified (NOS) and BN(15). Both studies noted above investigate the role of CBT on ED subtypes, however, none of them studied on ARFID.

With respect to EMDR, a study by Bloomgarden and Colagero investigated effectiveness of EMDR in treating patients with ED(16). There were two groups of patients in this study: the first group of patients received standard residential eating treatment alone (SRT), while the second group was treated with SRT and EMDR therapy combined. Their results demonstrated that those receiving EMDR therapy with SRT showed less stress about negative body images after 3 months and 12 months follow-ups compared to those receiving SRT alone. This study demonstrated that EMDR therapy could be utilized to address negative body image in ED treatment. However, this study was conducted specifically on negative body image symptoms of ED patients.

Present Study

In the literature very few studies can be found about the effectiveness of EMDR and CBT in the treatment of ED and its subtypes. The current

study describes how in two similar cases symptoms of ARFID were reduced to a minimum level by the application of seven EMDR sessions and nine CBT sessions. Moreover, treatment may have prevented a progression from ARFID to more severe forms of ED such as non-fat phobic restricting type of anorexia nervosa by stopping significant weight loss and reducing food avoidance behaviors. Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Anxiety (BAI) inventory scales were applied in the treatment process. BDI and BAI are scales that measure symptoms of anxiety and depression (17,18). Turkish validity studies were performed (19,20).

Assessment and Treatment Processes

Implementation of the EMDR Protocol: EMDR was seen as an appropriate treatment component, given the traumatic eating experiences of both patients. Each EMDR session lasts 90 minutes. However, due to high level of therapeutic needs in the clinic, session time length that could be set for each patient being up to 60 minutes, sessions lasted around 60 minutes. Validity of Cognition (VoC), and Subjective Unit of Disturbance (SUD) scales were used to measure the felt truthfulness of a preferred Positive Cognition (1-7) and the level of distress (0-10) respectively (21).

CBT Treatment Protocol: During the therapy sessions, the therapist encourages the patient to express his or her feelings, beliefs, and thoughts about the troubling situation. Guided discovery and Socratic questioning techniques are examples to therapeutic techniques used for patients to notice their own automatic thoughts. CBT sessions endure 50 minutes for each therapy session, and therapy number varies in accordance with the severity of the distress .

Patient A

Miss A was a Caucasian, 18 year-old, female college student, born in Istanbul, Turkey. She applied to the psychiatric services of Haydarpaşa Numune Hospital with complaints of inability to eat and unwanted weight loss, resulting in generalized and recent acts of aggression. When Miss A first came to the clinic, her appearance resembled an anorexia

nervosa patient. Her Body Mass Index (BMI) was 17, and her weight was 39 kilograms (85 lbs).

She reported that when she was 14 the food stuck in her throat while eating a pastry, leading to breathing difficulty. Two months after this event, she started to feel afraid while eating that she would be unable to swallow, choke on her food and die due to asphyxiation. Because of this fear, she began to restrict her food intake, ate soft food, or processed food into purée or fluid. Her fear and subsequent avoidant eating behaviors continued. Because of her sense that something was stuck in her throat, she received diagnostic endoscopy on three separate occasions; yet no physical cause for the sensation was found.

Additionally, BDI and BAI were administered to both patients before and after treatment. Miss A scored 14 and 4 on BDI, and 35 and 12 on BAI respectively, demonstrating a decrease in her depression and anxiety levels (see Figure 1 in Figures part at the end).

Miss A experienced very intense ruminations. Before applying to our clinic, she had been taking Olanzapine and Fluoxetine, both prescribed during her previous treatment regimen. Her Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) report revealed that her Axis-I implied depressive disorders with anxiety distress, while her Axis-II revealed type C personality traits. She did not present with any form of medical disease.

EMDR Sessions: Patient A described a memory as follows: "When I was 14, a piece of pastry stuck in my throat, and I couldn't breathe for a while." This being a target memory, the images of food getting stuck and not being able to breathe was reprocessed. The EMDR protocol was employed and strictly adhered to for each of the sessions that followed.

Before the first session of EMDR therapy, her Beck Anxiety Inventory (BAI) score was 35. In the session, the patient expressed her negative cognition (NC) as "I'm helpless", then, for her positive cognition (PC) she chose "I can get rid of it." At the beginning of the session, her VoC was 2 and her

SUD was 7. At the end of the first session, the VoC had already increased to 6, the SUD had decreased to 2, and her BAI score dropped to 12. In the third session of EMDR therapy, the same memory was processed during a 60-minute session. Her initial VoC was 5 for the PC, the SUD was at a 5, and the BAI was 12. Eye movements were applied for twelve sets, resulting in a VoC of 7, a SUD of 1, and a BAI of 7. The Fifth EMDR session followed the same procedure as previously. At the beginning of the session, the VoC was 5 and the SUD was 5. Her VoC reached 7 and her SUD decreased to 0 by the end of the session.

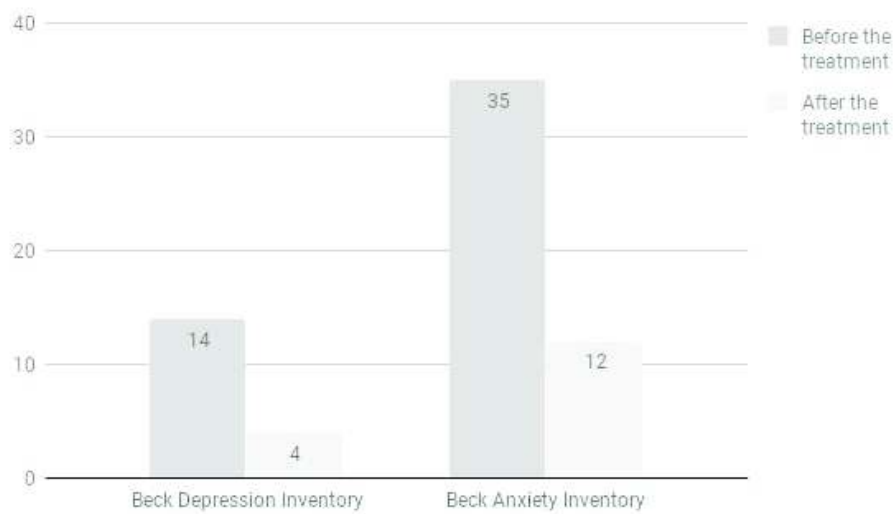
CBT sessions: In the general sense, CBT sessions covered traumatic event of Miss A and her point of view about the situation. Guided discovery and Socratic questioning techniques helped automatic thoughts to be noticed by the patient. After nine sessions of CBT, the patient started to bring a new perspective about her traumatic memory.

Last Two EMDR Sessions: The main purpose of the last two EMDR sessions was to heal the remaining, emotional vividness of the memory. In the beginning of sixth EMDR session, her SUD score was 4, and her negative belief about herself was "I am weak and helpless." Her preferred PC was "These kinds of things can happen to anyone" with an accompanying VoC of 6. At the end of the session, the SUD was 0 and VoC was 7. The seventh session of EMDR began with a SUD of 3 and a VoC of 5. After EMDR treatment, her SUD decreased to 0 and her VoC increased to 7.

Patient C

Miss C was a Caucasian, 20-year old, female college student. She applied to our psychiatry clinic with complaints of having a sense of food stuck in her throat whenever she ate during the last three months. This resulted in a food intake restriction and a loss of 3.5 kg (7.72 lbs.) in a month's time, and brought her to the edge of an underweight status, while feeling very anxious before and during eating. Overall, she began to experience depression and a loss of self-confidence. During the pre-treatment assessment and interview, she recalled an incident at the age of 10 or 11, when half of an ice

Figure 1. Miss A Pre-Treatment and Post-Treatment Assessment Results

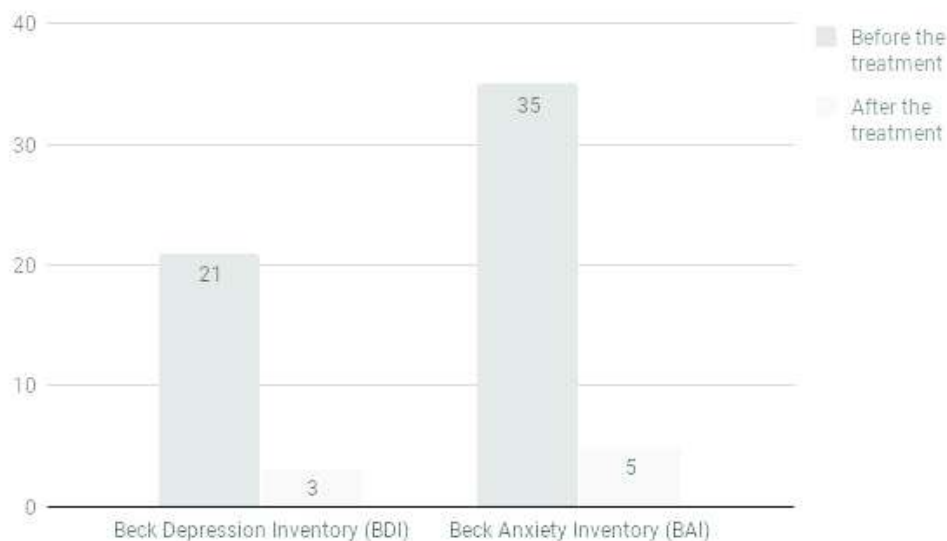


cream cone was stuck in her throat after her cousin forced her to eat the ice cream as fast as possible.

Not surprisingly, her BDI score was 21, while her BAI score was 35. To alleviate her presenting complaints, 5 mg Rexapin, and 20 mg Prozac were administered. She had been taking Olanzapine before coming to our clinic, which was discontinued with the introduction of Rexapin and Prozac. Her mood was euthymic, and medical examinations did not reveal any concerns. Her MMPI test results revealed possible dependent personality traits on Axis II.

Before starting the first EMDR session, Miss C spoke about her past experience of not being able to swallow. When she was 11, she was eating ice cream with her cousin, and the cousin forced her to eat the ice cream as quickly as possible. When she tried to swallow the ice cream too quickly, almost half of the ice cream cone stuck in her throat, hence temporarily obstructing her ability to breathe. As a treatment plan, EMDR and CBT had been planned for her. First of all, five sessions of EMDR therapy have been applied to her. Hereupon, nine sessions of CBT was recommended for the re-evaluation of her situation from a different perspective. Then, two more EMDR sessions were applied

Figure 2. Miss C Pre-Treatment and Post-Treatment Assessment Results



and the treatment has ended.

EMDR Sessions: Beck's inventories were administered at the start. BAI score was 35, and BDI score was 21. EMDR sessions then focused in detail on "the ice cream cone" memory. At the beginning of the first session, the NC was "I am helpless, and I will die"; her PC about the situation was "I can cope with the sense, even if the food in reality is stuck in my throat." Before the application of visual bilateral stimulation, the VoC was 4, and the SUD score was 8. After 22 sets of eye movements, the VoC was 5, and the SUD was 4. The third session of EMDR lasted 85 minutes. In the beginning of the session, the BAI score was 23, and BDI score was 16, the SUD was 6, and the VoC was 5. At the conclusion of the session, the SUD was 0, and the VoC was 7.

The fifth EMDR therapy was definitive for the patient. Her SUD was 5, and VoC was 5 before that EMDR session. At the session's end, her SUD decreased to 0 and the VoC increased to 7. Her BAI score was 18, and her BDI score was 12.

CBT Sessions: CBT sessions had been beneficial for Miss C on recognizing her dysfunctional thoughts, and becoming aware of her automatic thoughts about herself and her traumatic experience. Nine sessions of CBT were practiced with the patient, and her ruminations have decreased remarkably. Her feelings of inadequacy disappeared to a large extent during the treatment period. Her social relations had been uplifted, and she became more efficient.

Last Two EMDR Sessions: After a productive CBT period, Miss C still experienced disturbance due to the traumatic event. This situation affected her daily life quality. Therefore, the decision was made to administer two more EMDR sessions. In her sixth EMDR session, she began with a SUD of 6 with the NC of "I cannot handle it without getting help." Her PC was "I can get help," and its VoC was 1. During EMDR processing, the patient recalled other memories, hence, with the impression that those memories she started to recall and bring into therapy might have influenced her latter traumatic experiences, these memories were seen noteworthy

and became the focus of therapy. The patient recalled a memory in which she blamed herself for her mother's illness. In the beginning, the SUD score was 7, and her thought about herself was "I am guilty". Her preferred thought was "it was not my fault" with a VoC of 1. After BLS, her SUD score had reduced to 6, and her VoC had gone up to 3.

The last session of EMDR was related to her pattern of self-blaming, in this case involving her boyfriend. Her first experience of difficulty swallowing following the initial traumatic event took place at her boyfriend's house where she ingested a painkiller. As a result, she began to fear that she might die at his house. This led to guilt about possibly causing troubles or negative consequences for her boyfriend. She said this thought was very stressful. The SUD score for this event was 9, and her NC was "I am a guilty person". Her alternative PC was "I am a normal person", with a VoC of 5. During eye movement sets, Miss C expressed her fear of death. Lastly, she received psycho-education. At the end of the treatment process, her BAI score was 5, and her BDI score was 3.

DISCUSSION

In the present study, two patients who suffer from ARFID(10) resulting from traumatic eating events were treated with the combination of EMDR and CBT therapies. In previous studies, trauma-related ED could be improved with the help of EMDR therapy, however, ARFID was not one of EDs that is treated with EMDR therapy. This study introduces the possibility of treating other types of ED with EMDR.

With bilateral eye movements and EMDR therapy being utilized, emotional vividness and general disturbance due to the traumatic events was reduced, generating greater optimism with regard to the adverse memory itself and the present triggers. Cognitive recovery procured through CBT sessions helped minimize avoidant eating behaviors. Consequently, both patients reached their normal weight.

Limitations of the Study

The first limitation is the sample size. The study was undertaken with only two patients, thus reducing its generalizability.

The second limitation is that EMDR and CBT treatments were concurrently implemented. Implementation of additional and specific treatment approaches for ED or ARFID are recommended for further studies.

Another limitation of the study is related to the use of pharmacotherapy to increase patient weight for a considerable period of time. Future studies might try treating ARFID or other ED subtypes without medication and therapy being utilized at the same time.

CONCLUSION

During follow-up, Miss A said she could now easily eat a greater variety of foods, including solid foods with a few exceptions, without thinking about something getting stuck in her throat. After the fourth EMDR session, BMI of Miss A increased to 20 from 17. Miss A reported that her eating habits had returned to normal. She pointed out that she could even eat meatballs and pasta, food she couldn't tolerate before treatment without being anxious.

Throughout follow-up sessions, Miss C reported she did not suffer from her swallowing problems anymore. She started to perceive the ice cream memory as an ordinary situation. She stopped her restrictive eating behavior and began to take in a normal amount of calories. Although her recovery period was not free of problems given her dependent personality traits, she still increased the amount and type of food she consumed, and has gained 10 kg (22.2 lbs.).

In summary, the present study aims to investigate effects of EMDR and CBT combination in treatment of ARFID. The study analyzed two similar cases, both treated similarly. Predictably, both patients showed a considerable recovery from

ARFID symptoms. Follow-ups of both patients are still in progress. The study gives indication that EMDR and CBT combination may help to decrease the symptomology of ARFID in a short amount of time, while possibly decreasing the necessity of pharmacotherapy. It can also be hypothesized that the potential risk of developing anorexia nervosa or bulimia nervosa symptoms as a result of ARFID is significantly lessened. In conclusion, the application of EMDR and CBT therapies seems to offer potentially effective treatment for ED and its subtypes.

Correspondence address: M.D. Alisan Burak Yasar, Marmara University Hospital, Psychiatry Clinic, Istanbul, Turkey
burakyasar54@gmail.com

REFERENCES

1. Gallivan HR. Teens, social media and body image. Park, Nicollett Melrose Center. 2014.
2. Lejonclou A, Nilsson D, Holmqvist R. Variants of potentially traumatizing life events in eating disorder patients. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2014;6:661.
3. Tagay S, Schlottbohm E, Reyes-Rodriguez ML, Repic N, Senf W. Eating disorders, trauma, PTSD, and psychosocial resources. *Eating disorders*. 2014;22:33-49.
4. Shapiro F. Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of traumatic stress*. 1989;2:199-223.
5. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures: Guilford Press; 2001.
6. Logie R. EMDR—more than just a therapy for PTSD. *The Psychologist*. 2014;27:512-6.
7. Murphy R, Straebl S, Cooper Z, Fairburn CG. Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatric Clinics*. 2010;33:611-27.
8. Turner H, Marshall E, Wood F, Stopa L, Waller G. CBT for eating disorders: The impact of early changes in eating pathology on later changes in personality pathology, anxiety and depression. *Behaviour research and therapy*. 2016;77:1-6.
9. Vaz AR, Conceição E, Machado PP. Guided self-help CBT treatment for bulimic disorders: Effectiveness and clinically significant change. *Psychotherapy Research*. 2013;23:324-32.
10. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
11. Kreipe RE, Palomaki A. Beyond picky eating: avoidant/restrictive food intake disorder. *Current psychiatry reports*. 2012;14:421-31.
12. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*. 2012;36:427-40.
13. Hay PP, Bacaltchuk J, Stefano S, Kashyap P. Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009(4).
14. Brown TA, Keel PK. Current and emerging directions in the treatment of eating disorders. *Substance abuse: research and treatment*. 2012;6:SART. S7864.
15. Schumann S-A. Suspect an eating disorder? Suggest CBT. *The Journal of family practice*. 2009;58:265.
16. Bloomgarden A, Calogero RM. A randomized experimental test of the efficacy of EMDR treatment on negative body image in eating disorder inpatients. *Eating disorders*. 2008;16:418-27.
17. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*. 1988;8:77-100.
18. Beck AT, Steer R. Beck anxiety inventory (BAI). *BiB* 2010. 1988;54.
19. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin gecerlilik uzerine bit calisma (A study on the validity of Beck Depression Inventory.). *Psikoloji Dergisi*. 1988;6:118-22.
20. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *Journal of cognitive psychotherapy*. 1998;12:2.
21. Jarero I, Uribe S. The EMDR protocol for recent critical incidents: Brief report of an application in a human massacre situation. *Journal of EMDR Practice and Research*. 2011;5:156-65.

A case of generalized edema associated with risperidone monotherapy

Risperidon Tedavisi ile ilişkili bir yaygın ödem olgusu

Omer Asan¹, Elif Tatlıdil Yaylacı², Erol Göka³

¹Uzm. Dr., Sakarya University Training and Research Hospital, Department of Psychiatry, Türkiye
<https://orcid.org/0000-0002-4340-4553>

²Doç. Dr., Kocaeli University Medical Faculty, Department of Psychiatry, Türkiye
<https://orcid.org/0000-0002-1157-7409>

³Prof. Dr., Ankara Numune Training and Research Hospital, Department of Psychiatry, Türkiye
<https://orcid.org/0000-0001-7066-2817>

SUMMARY

Risperidone is a second-generation antipsychotic agent, widely used in psychiatric disorders like schizophrenia, bipolar disorder, and aggression. Edema has been reported as a side effect of risperidone in a few case reports in the literature. In most of these cases, another drug was combined with risperidone and edema was located in a specific zone. Here we aimed to report a case of generalized edema due to risperidone oral monotherapy and reviewed the relevant literature.

Key Words: Adverse effect, Edema, Risperidone, Schizophrenia

ÖZET

Risperidon şizofreni, bipolar bozukluk, agresyon gibi psikiyatrik bozukluklarda yaygın olarak kullanılan bir ikinci jenerasyon antipsikotik ilaçtır. Ödem, literatürde risperidonun bir yan etkisi olarak az sayıda vakada bildirilmiştir. Bu vakaların çoğunda risperidon bir başka ilaçla kombine kullanılmıştır ve ödem yan etkisi vücudun belirli bir bölgesinde lokalizedir. Bu yazıda tek başına oral risperidon kullanımına bağlı gelişen bir yaygın ödem olgusunu sunmayı ve bu konuyla ilgili literatürü gözden geçirmeyi amaçladık.

Anahtar Sözcükler: Yan etki, Ödem, Risperidon, Şizofreni,

(Turkish J Clinical Psychiatry 2019;22:501-503)

DOI: 10.5505/kpd.2019.37029

TO THE EDITOR

Risperidone, a benzisoxazole derivative, is a second-generation antipsychotic that binds to serotonin type 2 and α_1 -adrenergic receptors with high affinity and causes antagonism at these receptor sites (1). Risperidone has been proven to be effective in psychotic disorders, bipolar disorder, aggression, and several other psychiatric disorders. The most common side effects of risperidone use are extrapyramidal symptoms, dizziness, hyperkinesias, somnolence, and nausea (2). However, after reviewing the literature on the complications of risperidone therapy, we found few case reports documenting edematous adverse effects of risperidone without combined with other agents. In this paper, we reported a case of generalized edema associated with risperidone treatment and reviewed the literature about this side effect.

A 36-year old woman who had been treated for schizophrenia for three years was admitted to our inpatient clinic for the second time with complaints of suspiciousness, furious behavior, and social avoidance. Her first admission to psychiatry was three years ago with the same complaints. She was treated in our inpatient unit with the diagnosis of schizophrenia. After her discharge, she had used paliperidone palmitate 100 mg i.m. inj./month for one year and then gave up treatment. Her mental status was stable for one-year-period, noncompliance with the treatment after this time resulted in the appearance of psychotic symptoms. She did not experience any adverse effect except mild akathisia, which was treated with propranolol 40 mg/day. There was no history of any other psychiatric medication. At her second admission, risperidone 4 mg/day treatment was initialized. At the second day of the risperidone treatment, she complained of swelling in her feet and hands. The swelling in her hands and feet increased day to day and also swelling in pretibial and periorbital zone bilaterally occurred. She didn't have a history of edema before. She did not use any other drug, vitamin, and supplements for last month. The results of a complete blood cell count, serum electrolytes, protein, albumin, renal function, liver function, thyroid function, C3, C4, IgE, IgM, IgG, serum and urine osmolality, urinalysis, pregnancy test, chest radiography, and electrocardiogram did not explain

the edema. The echocardiography showed an ejection fraction of 70% which implicates normal contractile function with normal cardiac valves. After cardiology, internal medicine and cardiovascular surgery consultations performed, edema considered as a side effect of risperidone treatment. After cessation of risperidone treatment, the edema decreased day by day and resolved spontaneously after six days. Aripiprazole 10 mg/day treatment initialized for her psychotic symptoms, and after 14 days edema did not recur. We performed Naranjo Adverse Drug Reaction Scale, given a score of 7, that means a probable association between edema and risperidone treatment (3).

The actual mechanism of edema due to risperidone is still unclear. However, several possible underlying mechanisms such as allergic reactions, supersensitivity of receptors and complex drug interactions have been put forth. Firstly, edema may occur as a result of vasodilatation and a decrease in vascular resistance secondary to the blockade of α_1 receptors by risperidone (4). Risperidone may induce the 5-HT receptor blockade which can potentially increase the plasma cyclic adenosine monophosphate levels that relax the vascular smooth muscle (5). The dopaminergic blockade can alter the renal regulation of electrolytes, which also may play a role in the development of edema (6). Also, several probable mechanisms may be involved in the onset of risperidone-induced edema such as the allergic reactions, receptor supersensitivity and drug interactions (7). The allergic reactions may be caused by mast cell degranulation or activation of the kallikrein-kinin cascade (8). C4-C2 activation with previously low α_1 inhibitor activity has been reported in a case, and Type-1 and Type 4 allergic reactions in another patient (1,9).

A review of the literature on edema secondary to risperidone indicated that in most cases, risperidone was used in combination with other psychotropic agents, including valproate, benzodiazepines, and dopamine receptor antagonists. The complex interaction between risperidone and other psychotropic drugs may have contributed to edema in these reported cases. Some cases documented an allergic reaction to risperidone resulting with edema and in another case edema was a side effect of parenteral risperidone treatment (9,10). Also in

a case, it is reported that the side effect was dependent on the drug dose (11).

In our case, there wasn't any drug interaction, and the edema was not secondary to an allergic reaction or another medical condition. The onset of the edema after the use of the medication and the disappearance after the withdrawal of the medication suggest that edema was a side effect of risperidone. The other important point about this case is that edema was located at different zones (periorbital, pretibial, pedal, hands), in most of the reported cases the edema was located at one region like pretibial, pedal, periorbital zone (6,11,12). This case is also of importance as it demonstrates an adverse effect that had not occurred with the previous paliperidone treatment which is an active metabolite of risperidone with similar clinical efficiency.

The discontinuation and changing of the suspected drug with another agent is the first step in the treatment of edema secondary to risperidone. If the drug is indispensable for the patient, reducing the dose and observing until edema improves would be an appropriate choice. Also adding a diuretic agent

may be effective (12).

As a result, edema is a rare but serious side effect of risperidone. This side effect may be dependent to drug dose, but also may occur with a small dose. It may affect the patient's drug maintenance negatively. Despite the low incidence, this side effect should always be taken into consideration by the clinicians. There is a need for future studies investigating the mechanism and incidence of this side effect.

Correspondence address: Uzm. Dr. Ömer Asan, Sakarya University Training and Research Hospital, Department of Psychiatry, Sakarya, Türkiye omerasan@hotmail.com

REFERENCES

1. Tamam L, Ozpoyraz N, Unal M. Oedema associated with risperidone. *Clin Drug Invest* 2002; 22:411-414.
2. Gunes F, Batgi H, Akbal A, Canatan T. Angioedema – an unusual serious side effect of risperidone injection. *Clin Toxicol (Phila)* 2013; 51:122-123.
3. Naranjo CA, Busto U, Sellers EM, Sandor P, Ruiz I, Roberts EA, Greenblatt DJ. A model for estimating the probability of adverse drug reactions. *Clin Pharmacol Ther* 1981; 30:239-245.
4. Yang HN, Cheng YM. Peripheral edema associated with risperidone oral solution. A case report and a review of the literature. *J Clin Psychopharmacol* 2012; 32:128-130.
5. Franco K, Tamburrino M, Campbell N, Pentz J, Evans C. Dopaminergic activity and idiopathic edema. *Hosp Community Psychiatry* 1991; 42:309-310.
6. Knox ED, Stimmel GL. Clinical review of a long-acting, injectable formulation of risperidone. *Clin Ther* 2004; 26:1994-2002.
7. Akdag ST, Fettahoglu EC, Ozatalay E. Pedal edema induced by low-dose risperidone monotherapy in a child. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2009; 19:481-482.
8. Kaplan AP, Greaves MW. Angioedema. *J Am Acad Dermatol* 2005; 53:373-388.
9. Terao T, Kojima H, Eto A. Risperidone and allergic reaction. *J Clin Psychiatry* 1998; 59:82-83.
10. Pelizza L. Long-acting risperidone-induced periorbital edema. *J Clin Psychopharmacol* 2008; 28:709-710.
11. Yang HN, Cheng YM. Peripheral edema associated with risperidone oral solution: a case report and a review of the literature. *J Clin Psychopharmacol* 2012; 32:128-130.
12. Tunç S, Başbuğ HS. Leg oedema due to low-dose risperidone during maintenance monotherapy of schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology* 2018; 28:104-106.