

ISSN 1302-0099 / e-ISSN 2146-7153

# KLİNİK psikiyatri

www.klinikpsikiyatri.org DERGİSİ



Yıl / Year: 2020

Cilt / Volume: 23

Sayı  
Number **1**

ANP  
Yayıncılık

## İçindekiler / Contents

### Editörden / Editorial

- 5 **Zorunlu göç ve çocuk ruh sağlığına etkileri**  
*Effects of forced migration on child mental health*  
Sevcan Karakoç Demirkaya

### Araştırma Yazıları

#### Research Articles

- 7 **Anne tutumlarına yönelik psiko-egitimin çocukluk çağı obsesif kompulsif bozukluk semptomlarına etkisi**  
*The effect of psycho-education about maternal attitudes on childhood obsessive compulsive disorder symptoms*  
Ecem Akıncı, Oya Mortan Sevi
- 23 **Madde bağımlılığında dürtüsellik ve saldırganlığın incelenmesi**  
*Examination of impulsiveness and aggression in substance abuse*  
Deniz Alçı, Orkun Aydın, Ömer Aydemir
- 34 **Üniversite öğrencilerinde sosyodemografik özellikler ile problemleri internet kullanımının kumar oynayanlar ve oynamayanlar arasındaki karşılaştırması**  
*The comparison between the socio-demographic characteristics and the problematic internet use between gamblers and non-gamblers among university students*  
Mehmet Çakıcı, Yagmur Firat, Asra Babayigit, Meryem Karaaziz
- 43 **Anksiyeteli ve karma özellikli depresyonu değerlendirme: Klinikte yararlı depresyon sonlanım ölçeği'nin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği**  
*Assessing depression with anxious distress and mixed features: The validity and reliability of the Turkish version of the clinically useful depression outcome scale*  
Zekiye Çelikkbas, Sedat Batmaz, Özgür Ahmet Yüncü, Mehmet Öztürk, Esmâ Akpınar Aslan
- 56 **Yatarak tedavi gören major depresyon ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu es tanısı olan ve olmayan erişkinlerde çocukluk çağı travmalarının incelenmesi**  
*Investigation of childhood traumas in inpatient adults with major depression and with or without attention deficit hyperactivity disorder comorbidity*  
Esin Erdogan, Dursun Hakan Delibas, Emel Pasa Baskin
- 64 **Toplum ruh sağlığı merkezine katılım sıklığının içgörüsü, tedavi uyumu ve işlevselliğe etkisi**  
*The effects of the frequency of participation to the community mental health center on insight, treatment adherence and functionality*  
Sengül Sahin, Gülçin Elboga, Abdurrahman Altındag
- 72 **Psikotik bozukluk tanılı hastalarda uzun etkili, oral ve kombinasyon antipsikotik tedavilerinin değerlendirilmesi**  
*Evaluation of long acting, oral and combination antipsychotic treatments in patients with psychotic disorder*  
Yasir Safak, Süheyla Dogan Bulut, Hasan Karadag, Sibel Orsel
- 83 **Okul öncesi dönemde çocuk psikiyatrisi poliklinigine başvuran çocukların annelerinin tutumlarının, yeterliliklerinin ve bağlanma biçimlerinin değerlendirilmesi**  
*Evaluation of the parental attitudes, competency and attachment styles of the mothers of the children at preschool period who were admitted to child psychiatry services*  
Öznur Bilaç, Arif Önder, Canem Kavurma, Yakup Dogan, Gülçin Uzunoglu, Yetis Isildar, Sermin Yalin Sapmaz
- 92 **Psikiyatrik bozukluklar ile özyiyim arasındaki ilişkinin incelenmesi: 2013-2018 yılları için kayıtlara dayalı geriye dönük bir araştırma**  
*Investigation of the relationship between psychiatric disorders and suicide: A retrospective research based on records for 2013-2018*  
Burak Mete, Vedat Söyler, Erkan Pehlivan

### Kısa Bildiri

#### Brief Report

- 101 **Çocuk ve ergen obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda nötrofil lenfosit oranı önemli bir parametre olabilir mi?**  
*Could neutrophil-to-lymphocyte ratio be an important parameter in children and adolescents with obsessive compulsive disorder?*  
Aylin Deniz Uzun, Sermin Yalin Sapmaz, Burak Çakir, Hasan Kandemir

### Olgu Sunumu

#### Case Report

- 106 **Psikojenik kusma tedavisinde göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR)'nin hızlı etkinliği: Olgu sunumu**  
*Rapid effect of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in treatment of psychogenic vomiting: Case report*  
Ibrahim Gundogmus, Mikail Burak Aydın, Dilek Sari, Alisan Burak Yasar
- 111 **Az bilinen bir konu 'Delüzyonel Parazitöz': Bir olgu sunumu**  
*A rarely known topic 'Delusional Parasitosis': A case report*  
Burak Okumus, Cicek Hocaoglu, Nursel Dilek
- 116 **Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu komorbiditesi olan ergen bir hastanın göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR) yöntemiyle tedavisi**  
*Treatment with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for an adolescent patient with comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder*  
Hüsna Kaan, Ali Karayagmurlu, Nusret Soyulu

## YAZIM KURALLARI

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

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

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

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

### Yazıların değerlendirme süreci ve etik konular

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

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

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

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

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

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

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

1. Çalışmanın konseptine/tasarımına; ya da çalışma için

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Yazım Kuralları

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

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

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

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

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

## YAZIM KURALLARI

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

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

### MAKALE TÜRLERİ

#### Araştırma

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

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

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

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

#### Derleme ve Olgu Sunumu

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

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

#### Kısa Bildiriler

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

#### Editöre Mektup

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

#### TABLO, ŞEKİL VE RESİMLER

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

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

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

### KAYNAKLAR

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

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

#### *Kaynak bir makale ise,*

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

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

*Bir derginin ek sayısı ise;* Beskow J. Depression and suicide. *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. İkiyüzlü bozukluk alt tiplerinde oksidatif dengesizlik. 44. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Kitabı 2008; 105.

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

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

### **Editörler Kurulu/ Editorial Board**

#### **Onursal Editör**

Nevzat Yüksel

#### **Editör**

Burhanettin Kaya

Mehmet Yumru

Meram Can Saka

Sevcan Karakoç Demirkaya

(Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Editörü)

#### **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

### **Danışma Kurulu/Advisory Board**

Asena Akdemir

Aslıhan Dönmez

Aylin Uluşahin

Aylin Yazıcı

Ayşe Gül Yılmaz Özpolat

Bedriye Öncü

Bengi Semerci

Berna Uluğ

Can Cimilli

Cem Atbaşoğlu

Cem İncesu

Cem Kaptanoğlu

Cengiz Tuğlu

Çınar Yenilmez

Doğan Şahin

Doğan Yeşilbursa

Erkan Özcan

Ertan Yurdakoş

Hakan Gürvit

Hakan Türkçapar

Haldun Soygür

Işıl Vahip

İnci Özgür İlhan

İsmet Kırpınar

Köksal Alptekin

Levent Küey

Mehmet Zihni Sungur

Mustafa Sercan

Nahit Özmenler

Naomi Fineberg

Nesim Kuğu

Okan Taycan

Orhan Murat Koçak

Paul Fletcher

Raşit Tükel

Runa Uslu

Salih Selek

Sedat Batmaz

Seher Akbaş

Selçuk Candansayar

Serap Erdogan Taycan

Simavi Vahip

Süheyla Ünal

Şahika Yüksel

Şeref Özer

Tamer Aker

Timuçin Oral

Tunç Alkın

#### **Bu sayıda görüş ve önerileri ile yayın kalitemize katkıda bulunan danışmanlarımız**

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

#### **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.

# Zorunlu göç ve çocuk ruh sağlığına etkileri

## *Effects of forced migration on child mental health*

Sevcan Karakoç Demirkaya<sup>1</sup>

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

İnsanlığın ilk varoluşundan bu yana var olan göç olgusu, göçebe kültürden yerleşik kültüre geçildikten sonra da insanlık için önemli ve yaşamı belirleyen bir olgu olmayı sürdürmüştür. Göçler, hayatlarını yitirme ve varoluşunu tehlikeye düşürme riskine rağmen varolabilme adına bireysel ya da kitlesel olarak yürütülen bir eylem olarak kimi zaman siyasal, kimi zaman ekonomik kimi zamanda kültürel nedenlerle gerçekleşmektedir (1). Ancak her göçün travmatik etkisi değişebilir. Önceleri gelişim amaçlı kısıtlı kaynaklardan geniş kaynaklara erişmek amaçlı tercih edilen göç günümüzde özellikle zorunlu göç, onarılması son derece güç yaralar açmaktadır. İster rızası olsun ister olmasın anayurdundan kopmuş olmak, bağlanma ve güven duygusunu sarsar.

“Göçmenlik”, kişi hangi yaşta göçü gerçekleştirmiş olursa olsun, bireyin ömür boyu taşıyacağı ayrı bir kimliktir. Göçmen bireylerin ruhsal olarak olumsuz etkilendiği, en zedelenir grupların ise kadınlar ve çocuklardan oluştuğu bilinmektedir. Çocuklar ise henüz oluşmamış kimlik yapıları, nörogenezin devamlılığı ve temel bağlanma ve güven ile ilgili konularda daha örselenmeye yatkın oldukları için şüphesiz en hassas gruptur. Özellikle çocukların da rızası istemli göçte bile sorulmadığı için durumu daha da komplike hale getirir (2).

Göçün göç öncesi, göç sırası ve göç sonrası şeklinde üç ayrı aşamada farklı etkileri bulunur. Şimdi savaş nedeniyle kaçan aileler ve çocuklarının olduğu günlerde, göç öncesi durumda aileler zaten zor durumdaydı. Umutsuzluk ve çaresizlik, tehdit altında yaşamak, günlük rutinlerinden ve alışkanlıklarından kopmak göç öncesi dönemde özellikle hassas grup olan çocuklar üzerinde zaten büyük bir etkiye sahiptir. Ancak son zamanlarda

yaşanan göç sırasındaki olaylar ise bu çocuklar üzerindeki ruhsal yükü daha da artırmıştır.

Göç sırasında bir ülke sınırından geçerken bireylerin kendilerine ve aile üyelerine yönelik saldırılar, başka tehlikelerle karşılaşmaları ve gözlerinin önünde gerçekleşen olaylar bu çocukların göç sonrası da ciddi ruhsal destek almalarını gerektirecek durumlar yaratmaktadır. Bu çocuklar göç yolundan fiziksel olarak hasarsız çıksalar da “geride kalan” olma, “göçmen olma”nın etkilerini ömür boyu taşıyacaklardır. Anayurdundan ayrılmanın yasına hele ki ebeveyn ve diğer sevdiklerinin kaybı da eklenince yas süreci patolojik olarak seyredilebilecektir. Bu da geride kalan olarak yeni kurulan düzene ve göç edilen bölgeye uyumu zorlaştıracaktır.

Aileleri ile birlikte ya da tek başına göç etmek zorunda kalan çocuklar, hem istekleri dışında hareket ettirildikleri için yani göç kararında etkili olmamaları nedeniyle hem de gelişim çağında olup henüz kimlik yapılarını geliştirmedikleri için en çok etkilenen gruptur. Pek çok çalışmada göçmen çocuklarda arkadaş ilişkilerinde sorunlar, hiperaktivite ve davranış bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, düşük benlik saygısı, uyum sorunları, düşük yaşam doyumu ve akademik başarısızlık, madde bağımlılığı, suça ve şiddete eğilim, uygunsuz cinsel davranışlar ve iş hayatında zorluklar, zorbalığa uğrama ve aynı şekilde zorbalık yapma daha fazla bildirilmiştir (4). Göç yaşamış ailedeki çocuk en çok ailesinin ruhsal durumu ve onların uyumundan etkilenir. Ebeveyn kaybı veya ayrılığının yaşanıp yaşanmaması, ebeveynlerin eğitim seviyesi, göçle ilişkili ekonomik ve siyasal etmenler ve çocuğun yaşı çocuk üzerindeki belirleyici etmenddir.

(*Klinik Psikiyatri* 2020;23:5-6)

DOI: 10.5505/kpd.2020.39206

Makalenin geliş tarihi: 04.03.2020, Yayına kabul tarihi: 05.03.2020

Çocuğun hangi gelişim seviyesinde olduğu önemlidir. Özellikle güven ilişkisi tamamlanmış birincil sosyalleşme sürecini daha tamamlayamamış ve beyin gelişimin oldukça esnek olduğu hassas dönemdeki okul öncesi çocuklar (1-5 yaş) kolay asimile olsalar da göç sonrası yeni kimlik oluşturmada ve güvende hissetmekte zorluk yaşıyorlar. Okul çağı çocukları ve ergenlik dönemdekilerin ise kolay asimile olmadıkları ancak anayurda dönmek istedikleri ve özellikle dil öğrenme ve dili geliştirmede sorun yaşadıkları, bu nedenle gittikleri ülkede hep “öteki” oldukları bildirilmiştir. Göçün nedenine bağlı olarak aileyi suçlama, suça ve terör eylemlerine karışma, öğ alma duygusu gibi sorunlar da sık görülmektedir. Entegre olup okula gittiklerinde daha fazla dil sorunu ve akademik başarısızlık ve entellektüel yetiyitimi tanısını daha çok aldıkları, okul başarısının az olduğu bildirilmiştir (4).

Göç öncesi ruhsal hazırlık ve veda süreci iyi yönetilememişken; göç sırasında yaşanan travmatik olaylar ciddi psikolojik sorunların gelişmesine neden olmaktadır. En azından göç sonrası uyumun ve ruhsal rehabilitasyonun düzgün yapılması gerekmektedir. Özellikle uzun dönem ruh sağlığı üzerine etkileri ile ilgili çalışmalara ve direnç (rezilyans)

diye tanımladığımız çocukta esneklik ve toparlanabilirlik becerisi üzerinde etkili etmenlerinin ayrıntılı incelenmesine bilimsel açıdan ihtiyaç duyulmaktadır (5).

Göçler, özellikle dış göçler karşısında sosyal bütünleşme düzeyinin artırılmasına yönelik akılcı politikaların geliştirilmesi çok önemlidir. Devletler, hükümetler göç olayları karşısında gerekli planları yapmak (barınma, eğitim ve sağlık başta olmak üzere) ayrıca kendi toplumuna yansıtacak olumsuzlukları (suç olayları, nüfus yoğunluğu, ayrımcılık gibi) en aza indirgeyecek önlemleri almalıdır (2,5). Göç olgusu her türlü ruhsal bozukluklar için ciddi bir risk etmenidir. Bu bağlamda ruh sağlığı alanında çalışanların, özellikle resmi sağlık otoritesinin bireylere yönelik psikososyal destek ve psikolojik iyi oluş ve uyumunu artırıcı önlemleri alması ve hizmetleri sağlaması son derece önemli ve gereklidir.

---

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

---

#### KAYNAKLAR

1. Solgun C, Durat G. Göç ve ruh sağlığı. *Journal of Human Rhythm* 2017;3:137-144.
2. Akıncı B, Nergiz A, Gedik E. Uyum süreci üzerine bir değerlendirme: Göç ve toplumsal kabul. *Göç Araştırmaları dergisi*,2015;;58-83.
3. Coll CG, Magnuson K. The psychological experience of immigration: A developmental perspective. In *The new immigration* (Ed.Suarez-Orozco et al.) 2012; 119-148. Routledge.
4. Alivernini F, Cavicchiolo E, Manganelli S, Chirico A, Lucidi F. Students' psychological well-being and its multilevel relationship with immigrant background, gender, socioeconomic status, achievement, and class size. *School Effectiveness and School Improvement*, 2019;1-20.
5. Philippe Bourbeau. Migration, Resilience and Security: Responses to New Inflows of Asylum Seekers and Migrants, *Journal of Ethnic and Migration Studies* 2015; 41:12, 1958-1977, DOI: 10.1080/1369183X.2015.1047331.

# The effect of psycho-education about maternal attitudes on childhood obsessive compulsive disorder symptoms

*Anne tutumlarına yönelik psikoeğitimin çocukluk çağı obsesif kompulsif bozukluk semptomlarına etkisi*

Ecem Akıncı<sup>1</sup>, Oya Mortan Sevi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Clin. Psych., Marmara Education Institutions, Kocaeli, Turkey, <https://orcid.org/0000-0001-7983-1656>

<sup>2</sup>Assis. Prof., Bahcesehir University, Faculty of Economics, Administrative and Social Sciences, Department of Psychology, Istanbul, Turkey <https://orcid.org/0000-0002-2962-8286>

## SUMMARY

**Objective:** The primary goal of the present study is to investigate relationship between maternal attitudes and subclinical childhood Obsessive Compulsive Disorder (OCD) in Turkish sample. Study also investigates the effectiveness of 8-sessions psycho-education program about maternal attitudes. **Method:** Sample consisted of 97 mother-child pairs and children's age ranged between 8 to 10. Parental Attitudes Research Instrument (PARI), Leyton Obsessional Inventory Child Version (LOI-CV), State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAI-CH) and Children's Depression Inventory (CDI) were used as assessment tools. After initial assessments, fifteen mothers randomly assigned either to group psycho-education condition (n=8) or waiting-list control condition (n=7). **Results:** Marital conflict was positively correlated with total interference score in LOI-CV, total score in LOI-CV and A-Trait anxiety symptoms ( $r=.23$ ,  $r=.24$  and  $r=.24$ , respectively). Authoritarianism positively correlated with A-Trait anxiety symptoms ( $r=.25$ ). Findings also indicated that there was a statistically significant difference in total scores of negative attitudes ( $Z=-2.201$ ,  $p=.028$ ), and posttest scores of these variables showed significant decrease after psycho-education program. There were statistically significant change in interfere ( $Z=-2.371$ ,  $p=.018$ ) and total ( $Z=-2.366$ ,  $p=.018$ ) score of OCD symptoms after psycho-education program. **Discussion:** Marital conflict has a significant relationship with subclinical OCD symptoms. Marital conflict and authoritarian attitude also have significant relationship with trait anxiety symptoms in children. Furthermore, psycho-education program was effective in reducing negative maternal attitudes and children's subclinical OCD symptoms

**Key Words:** Childhood obsessive-compulsive disorder, parental attitudes, psycho-education, effectiveness

(*Turkish J Clinical Psychiatry* 2020;23:7-22)

DOI: 10.5505/kpd.2020.82612

## ÖZET

**Amaç:** Çalışmanın öncelikli amacı Türk popülasyonunda anne tutumları ve çocukluk çağı eşik altı OKB belirtileri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Çalışmada, anne tutumları ile ilgili 8 seanslık psiko-eğitim çalışmasının etkililiğinin de incelenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Örneklem, 8-10 yaş grubu çocuklar ve onların anneleri olmak üzere 97 çocuk-anne çiftinden oluşmuştur. Aile Hayatı Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği, Leyton Obsesyon Envanteri-Çocuk Formu, Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri-Çocuk Formu ve Çocuklar için Depresyon Ölçeği ölçüm araçları olarak kullanılmıştır. İlk ölçümlerin ardından, 15 anne seçkisiz atama yöntemi ile psiko-eğitim (n=8) ve bekleme listesi-kontrol gruplarına (n=7) atanmıştır. **Bulgular:** Evlilik çatışması ve OKB semptomlarının şiddeti, OKB semptomları, ve sürekli kaygı semptomları, arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır (sırasıyla,  $r=.23$ ,  $r=.24$  ve  $r=.24$ ). Otoriter tutum ise sürekli kaygı belirtileri ile pozitif yönde anlamlı biçimde ilişkilidir ( $r=.25$ ). Bulgular ayrıca, annelerin negatif tutumlarında ( $Z=-2.201$ ,  $p=.028$ ) istatistiksel olarak anlamlı değişim görüldüğünü ve son test ölçümlerinde anlamlı düzeyde azalmanın olduğunu göstermektedir. Psiko-eğitim sonrası OKB semptomları ( $Z=-2.366$ ,  $p=.018$ ) ve semptomların şiddetinde ( $Z=-2.371$ ,  $p=.018$ ) anlamlı değişim saptanmıştır. **Sonuç:** Evlilik çatışması, eşik altı OKB semptomlarıyla anlamlı derecede ilişkilidir. Evlilik çatışması ve otoriter tutum, sürekli kaygı belirtileriyle anlamlı derecede ilişkilidir. 8 haftalık psiko-eğitim programının hem annelerin olumsuz tutumlarını hem de çocuklarda görülen eşik altı OKB semptomlarını azaltıcı etki gösterdiğini saptanmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Çocukluk çağı obsesif kompulsif bozukluğu, ebeveyn tutumları, psikoeğitim, etkililik



## INTRODUCTION

### The Features and Etiology of Childhood Obsessive Compulsive Symptoms

Childhood Obsessive Compulsive Disorder (OCD) is characterized by intrusive, recurrent and inappropriate thoughts, impulses and images that cause anxiety and marked distress, which are identified as Obsessions. Furthermore, it includes repetitive behaviors (e.g. hand washing, ordering) and mental acts (e.g. counting, repeating words), which are aimed at reducing distress and preventing anxiety, that are identified as Compulsions. As seen in adults, these obsessions and compulsions produce distress, are time-consuming, and may cause severe impairment in one's social, emotional and educational life (1). Subclinical OCD defines a widely seen condition in both nonclinical children and adult population, in which obsessive-compulsive symptoms still exist as found in clinical OCD. Nevertheless, there is no severe functional impairments in lifestyle (2). Likewise, in subclinical OCD, obsessive-compulsive symptoms are not severe enough to diagnose full-blown OCD (3).

Previous research has demonstrated that the prevalence of subclinical OCD in children ranged between nineteen percent and twenty-seven percent (4,5). These findings reveal the importance of investigating links between subclinical OCD and clinical OCD. However, the relationship between subclinical OCD and clinical OCD is still controversial. Subclinical OCD can be precursor of OCD or it can be also a part of OCD spectrum, which does not necessarily indicate a progression to OCD (5).

Although previous studies focused on the development of childhood OCD and found that it is a neurobiological disorder, recent studies have begun to focus on the maintenance factors of OCD. Particularly in childhood OCD, familial factors stand out as a maintenance factor. As discussed in previous studies, family interaction, accommodation and family involvement in OCD symptoms are significant factors for the maintenance of OCD in children (6,7,8). Negative attitudes (criticism, over-involvement, doubt, hostility etc.) of parents and

parental rearing styles also have a role in childhood OCD. In particular, family interaction is considered as a one of the risk factors in development and maintenance of childhood OCD. Therefore, researchers have focused their investigations on the link between childhood OCD, expressed emotion and parental rearing styles. Results indicated that parent and child behaviors during family interactions differ in families who have child with and without OCD. Children with OCD were less warm, have less positive problem solving skills and are less confident. Parents of child with OCD showed less permission for autonomy and were less confidence in their child's ability (9). A previous study also found that there are increased levels of criticism, hostility and/or emotional over involvement, which are defined as expressed emotion within families of children with OCD (10). In parallel with other studies, one study found a link between increased rejection/criticism and child's compulsions (11). They predicted that this link could be a reaction of the child to punishing negative attitudes of family members or these negative attitudes (rejection and criticism) can cause an increase in the child's anxiety and this leads more compulsions. Researchers also placed emphasis on the relationship between parents. Marital conflict defined incoherency, inconsistency and instability between spouses. The contribution of marital conflict on childhood anxiety disorders was explained (12) and it was found that parents' inconsistent and instable attitudes lead to the experience of uncontrollability and insecurity in children, which results in anxiety. Marital conflict is a one of the factors that exacerbate the course of OCD, and also threaten the treatment process (13). Disagreement about the disorder can cause distress in children and that also affects the development and maintenance of OCD symptoms.

### Psychological Treatments for OCD Symptoms

Before planning a treatment, a detailed assessment of the child in conjunction parents and schoolteachers is essential. Childhood OCD demonstrates differentiation depending on the individual case. The course of childhood OCD can be affected by several factors (comorbid disorders, developmental level of child, familial context or other psychosocial factors), and consequently all of this information must obtained as part of the

assessments. Because the development of OCD differentiates from person-to-person, treatment plans for OCD are organized in a more individualistic way. In general, the treatment of OCD includes pharmacotherapy, cognitive behavioral psychotherapy (CBT) and combined therapies.

CBT is a prominent therapy, which shows effective results in the treatment of children with OCD. However, results have indicated that family-related issues are an important factor associated with poor outcomes of CBT in childhood OCD treatment.

Furthermore, rather than family involvement, parent-only interventions have become a treatment option in recent years. A study was conducted with families of children with OCD who also refused individual CBT (14). A manualized parent-only intervention was applied to parents across ten sessions. In conclusion, parents reported a significant reduction in the OCD symptoms of their children. More recently, the effectiveness of parent-only intervention of OCD compared to cognitive behavioral family-based treatment (CBFT) was also assessed (15). Results showed that both the parent training interventions and CBFT interventions produced positive treatment outcomes. Moreover, in both situations, family accommodation, internalizing and externalizing problems significantly reduced. However, both family-involved treatment processes and parent-only interventions do not directly contain any strategies for changing negative parental attitudes.

### **Psycho-Education about Parental Attitudes for Childhood OCD**

Psycho-education can be described as “a process that is crucial for all treatments in which knowledge about the relevant disorder is provided to clients” (16). In general, psycho-education was used as an educating program for the child and family about the disorder. It provides knowledge to the child and family about OCD symptoms, how the disorder is developed and maintained and contains information about treatment options. In more comprehensive studies, psycho-education can be also used as a guide for families to cope with their child's symptoms and behaviors and to teach the family how to

cope with the child's rituals. In one study, a psychosocial comparison condition was used in addition to family based CBT and a psycho-education/relaxation-training program was applied to some of the participants and their families (17). Even though the particular content of psycho-education shows similarity with classical studies, results indicated that the psycho-education/relaxation training program can lead to a reduction in family-reported psychosocial impairments.

Even though the maintenance effect of parental attitudes on childhood OCD is well known, there is still a significant gap in the literature about specific intervention studies that focus on parental attitudes. The rarity of studies examine the effect of psycho-education in the literature (18). These studies also suggested that psycho-educational programs have to focus on knowledge about OCD, accommodation behaviours and negative parental attitudes (19). Nevertheless, it can be seen that a significant aspect of these studies did not consider psycho-education programs focusing on the families' own attitudes. Furthermore, it is still unclear which family related factors led to changes in child symptomatology.

### **The Aim of This Study**

Due to the gap in Turkish literature, the first aim of this study is to investigate the relationship between maternal attitudes and subclinical childhood OCD symptoms. Furthermore, the second and main aim of the study is to examine the effect of a psycho-education program about maternal attitudes on childhood OCD within the context of a Turkish sample. To achieve this main study aim, the authors developed a structured and manualized psycho-education program based on previous parent only interventions. The psycho-education program aimed to produce significant reductions in negative parental attitudes and significant reductions in child's subclinical obsessive-compulsive symptoms. The effect of specific psycho-education on parental attitudes to subclinical childhood OCD symptomatology was examined for the first time with this psycho-education program.

## METHOD

### Participants

#### Participants of pre-assessment phase

The participants in this study comprised third and fourth grade students and their mothers, who were selected from two government schools in Kocaeli. Consent forms were sent to families via the third and fourth grade students in these schools. Based on mothers' approval, ninety-seven child mother pairs were included to study. Children with known a diagnosis of major depressive disorder, early onset psychosis or bipolar disorder, cognitive, neurological or physical deficit were excluded. Mothers' assessment instruments consisted of a demographic questionnaire and The Parental Attitude Research Instrument (PARI). The Leyton Obsessional Inventory Child Version (LOI-CV), State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAI-CH) and Children's Depression Inventory (CDI) were used as assessment tools for children.

#### Participants of psycho-education phase

Twenty-nine children scored above the mean scores in Leyton Obsessional Inventory Child Version (LOI-CV) and State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAI-CH), and their mothers achieved high scores from at least one of the subscales of Parental Attitudes Research Instrument (PARI), which indicated negative parental attitudes. Consequently, these twenty-nine mothers were selected for the effectiveness study of psycho-education. Fifteen of them approved to participate in-group sessions. These mothers were randomly assigned to either the psycho-education group or the waiting list control condition group (see procedures below more details). At the start of the psycho-education group sessions, one mother chose not to continue with the program.

### Measurements

*PARI*: The shortened version of PARI was used in this study and includes 60 items rated on a 4-point Likert scale. The instrument has 5 sub-scales,

which are: 1- dependency, 2-egalitarianism and democratic attitude, 3- rejection of the homemaking role, 4- marital conflict and 5- authoritarianism. The shortened version of PARI was firstly adapted to Turkish by LeCompte and colleagues (20). Test-retest reliability of the factors was found between .58 and .88 for Turkish version. Küçük has performed the second adaptation of PARI (21). In the current study, the alpha coefficient of the egalitarianism and democratic attitude subscale was found to be .28, which indicated an unacceptable value whereas alpha coefficients of other subscales were between .74 and .81 that indicated acceptable values.

*LOI-CV*: Short form of LOI-CV was used in this study and consisted of 20 items. Each of the 20 items includes two responses: the presence/absence of the symptom described in the item (yes/ no) and the interference of the symptom if it is present: from 0 (no interference) to 3 (high interference). If a child chooses the "yes" option he/she is then required to rate the interference of the item on a 4-point Likert scale. The cut-off points for evaluating LOI-CV are 15 for the yes scores, 25 for the interference score, with 35 for the total score. Higher scores indicate a greater level of interference. The Turkish version of the LOI-CV was developed by Palulu and Erol (22). The Turkish version of the inventory consists of four factors: 1- cleanliness and tidiness, 2- repetition and indecision, 3- special words and numbers and 4- checking. In this study, LOI was used to identify subclinical obsessive-compulsive symptoms and the alpha coefficient of the total score was found to be .89.

*STAI-CH*: The STAI-CH assessment consists of two separate, self-reporting scales and each section consists of 20 statements. Participants are required to rate on a 3 point scale ranging from hardly ever to often. For both sections, the total score range is from 20 to 80, with higher scores indicating a greater level of anxiety. The Turkish version of STAI-CH was established with Cronbach's alpha coefficient .82, and .81 respectively for A-State and A-Trait scales (23). In current study, the alpha coefficients of the A-State and A-Trait were found to be .87 and .84, respectively.

*CDI*: The CDI consists of 27 items and each item is given a score between 0 and 2. Total scores ranged from 0 to 54 and cut off point is proposed as 19. Higher scores indicate a greater level of depression. The original version of CDI has demonstrated relatively high levels of internal consistency, with a coefficient alpha of .86 (24). The Turkish version of the CDI has a good concurrent validity and reliability with Cronbach's alpha .77. In current study, the alpha coefficient of the scale was found to be .80.

## Procedure

Firstly, an approval for this study was obtained from Bahçeşehir University Committee for Research and Publishing. Then, permission of Kocaeli City National Education Directorate was received for the data collection and application of the study in an educational environment. The study involved three phases: pre-assessment phase, psycho-education phase and post-assessment phase.

### Pre-assessment phase

Initially, school administrations and related teachers were informed about study. A prepared information form, consent form, demographic questionnaire and PARI packs were distributed to children with the help of teachers. Children were asked to take the information form, consent forms, demographic forms and PARI home and for the documentation to be completed by the mothers. The information forms informed mothers about the study aims and the intention to examine specific anxiety symptoms in children and maternal attitudes. It was requested that mothers give their contact details in consent forms in order for further communication about psycho-education to occur. Because personal information was requested, confidentiality issues were discussed in the information forms. Mothers willing to participate were asked to return the signed consent forms with completed demographic questionnaires and PARI to the school. As a result, ninety-seven mothers agreed to participate in the study and completed PARI. Based on the mothers' consents, their children were also assessed through LOI, STAI and CDI. Children were told that they are randomly determined for taking part in a study that tried to exam-

ine emotions and behaviors of children and mothers. They were also reminded that it was not a test and there were no correct answers.

From these ninety-seven participants, twenty-nine of children scored above the mean scores in LOI and STAI and, at the same time, their mothers also had high scores from at least one of the subscales of PARI which indicated negative parental attitudes and consequently this group were determined as the participants of the psycho-education phase.

### Psycho-education phase

As a result of the findings obtained from the pre-assessment phase, twenty-nine mothers were invited to participate in the psycho-education program via telephone calls from a researcher. Information about findings and psycho-education sessions was given to mothers via these telephone calls. Additionally, the reason that they were chosen for this program was briefly explained them. Following these conversations, from the original twenty-nine mothers, fifteen of them agreed to participate in the psycho-education groups. For comparison purposes, these mothers were randomly assigned to either group psycho-education or waiting list control condition. Finally, researchers made contact with the eight mothers assigned to the group psycho-education condition, and an agreement was made regarding days and times of the psycho-education sessions. The waiting-list control condition group also were informed about the process and date the psycho-education sessions would begin.

The psycho-education program was developed based on a literature review on problems experienced by the parents of children with OCD and other anxiety disorders. Within this framework, the psycho-education program consisted of eight sessions which included information about nature of OCD, its development and maintenance in children, prevalent negative parental attitudes, functional parental attitudes, emotional self-awareness, thought-emotion-behavior relationship, managing stressful situations, coping techniques and effective communication skills. For each topic, a presentation was prepared. Presentations were supported by videos, exercises and role-plays. A booklet was

also given to mothers and weekly homework was assigned within the booklets.

For the psycho-education program, all mothers in both schools were invited to meet in one of the schools. Program was arranged as a weekly 90 minutes group session for each week held in the conference hall of a selected school. All detailed information relevant to psycho-education program is presented in Table 1.

### Post-assessment phase

The 8th session of the psycho-education program was planned as a post assessment session for mothers. In this final session, mothers were requested to complete PARI again. Simultaneously, LOI and STAI were applied to the children again. This completed the post-assessment phase for both mother and children.

For comparison, mothers and children in the waiting-list control group repeated the LOI, STAI and PARI.

### Data Analysis

Prior to analysis, the subscales of PARI, which are

**Table 1.** Information relevant to psycho-education program

Week	Content Topics	Homework
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acquaintance</li> <li>• Revision of Group Rules</li> <li>• Introduction to Childhood Fears and Anxieties</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Family Culture Monitoring Form</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Developmentally Normal and Unusual Behavior Routines</li> <li>• Obsessive-Compulsive (O-C) Symptoms</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O-C Symptoms Monitoring Form</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relationship between Childhood O-C Symptoms and Negative Parental Attitudes</li> <li>• Prevalent Negative Attitudes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O-C Symptoms Monitoring Form</li> <li>• Coping Strategies about Child's Problematic Behavior Monitoring Form</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• What to Do Instead of Exhibiting Negative Attitudes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negative Attitude Monitoring Form</li> <li>• O-C Symptoms Monitoring Form</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realization of Own Feelings</li> <li>• Thought-Emotion-Behavior Circle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Thought-Emotion-Behavior Monitoring Form</li> <li>• O-C Symptoms Monitoring Form</li> </ul>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coping Strategies for Stress</li> <li>• Self Instruction Techniques</li> <li>• Distraction Techniques</li> <li>• Relaxation Techniques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coping Strategies Monitoring Form</li> <li>• O-C Symptoms Monitoring Form</li> </ul>
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effective Communication Skills</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Feelings Response: Homework Sheet</li> </ul>
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementation of measures</li> </ul>	

dependency, egalitarianism and democratic attitude, rejection of the homemaking role, marital conflict and authoritarianism, the subscales of LOI which are general obsessive, dirt-contamination, numbers-luck and school, A-State and A-Trait, and child depression symptoms were examined through IBM SPSS program for accuracy of data entry, missing values, fit between their distributions and the assumptions of multivariate analysis.

All missing values were replaced by the mean. No univariate outliers detected. By using Mahalanobis distance with  $p < .01$ , derived from leverage scores, 8 multivariate cases were identified as multivariate outliers. 8 multivariate outliers were deleted, leaving 97 cases for analysis.

## RESULTS

### Descriptive Statistic

#### Descriptive statistics of pre-assessment phase

The age of the children ranged between 8 and 10 ( $M=8.88$ ,  $SD=.68$ ). 57 (58.8%) of the children were girls, 40 (41.2%) of them were boys. 49

**Table 2.** Socio-demographic characteristics of children in pre-assessment phase

Variables	N	%
<b>Gender</b>		
Girl	57	58,8
Boy	40	41,2
<b>Grade</b>		
3 <sup>th</sup> grade	49	50,5
4 <sup>th</sup> grade	48	49,5

(50.5%) of children attended 3rd grade at school and 48 (49.5%) of them attended 4th grade. The age of the mothers ranged from 27 to 48 (M=35,41, SD=4,92). Their education levels varied from primary school to university. 28 of mothers (28.9%) graduated from primary school, 19 of them (19.6%) graduated from secondary school, 33 of them (34%) graduated from high school, 6 of them (6.2%) graduated from college and 11 (11.2%) of them graduated from university. While looking at the mothers' current working status, 26 (26.8%) of them are working in a job whereas 71 (73.2%) of them are not working. When considering marital status, 93 (95.9%) of the mothers are married whereas 4 (4.1%) of them are divorced. None of the mothers received any psychological interventions and none of them used psychiatric drugs during the process.

All detailed information relevant to socio-demographic characteristics of children and mothers in pre-assessment phase is presented in Table 2 and 3.

#### Descriptive statistics of psycho-education phase

In psycho-education group, 2 (28.6%) of the children were aged at 8, 3 (42.9%) of them were 9 and 2 (28.6%) of them were 10. 4 (57.1%) of the children were girls, 3 (42.9%) of them were boys. 2 (28.6%) of children attended 3rd grade at school and 5 (71.4%) of them attended 4th grade. In waiting list control group, 2 (28.6%) of the children were aged at 8, 2 (28.6%) of them were 9 and 3 (42.9%) of them were 10. 4 (57.1%) of the children were girls, 3 (42.9%) of them were boys. 4 (57.1%) of children attended 3rd grade at school and 3 (42.9%) of them attended 4th grade.

In psycho-education group, 2 (28.6%) of the mothers were below the age of 30, 3 (42.9%) of them

were aged between 30-40 and 2 (28.6%) of them were above the age of 40. 2 (28.6%) of mothers graduated from primary school, 1 (14.3%) of them graduated from secondary school, 4 (57.1 %) of them graduated from high school. While looking at the mothers' current working status, 1 (14.3%) of them are working in a job whereas 6 (85.7%) of them are not working. When considering marital status, 7 (100%) of the mothers are married. In waiting list control group, 1 (14.3%) of the mothers were below the age of 30, 6 (85.7%) of them were aged between 30-40 and none of them were above the age of 40. 4 (28.9%) of mothers graduated from primary school, 1 (19.6%) of them graduated from secondary school, 2 (34 %) of them graduated from high school. While looking at the mothers' current working status, 3 (42.9%) of them are working in a job whereas 4 (57.1%) of them are not working. When considering marital status, 7 (100%) of the mothers are married.

All detailed information of psycho-education and waiting-list control condition is presented in Table 4 and 5. According to the Chi-square tests results, no significant differences were found between groups according to age of children ( $p>0.05$ ).

#### Descriptive statistics of measures

All descriptive statistics of the measures are also shown in Table 6.

**Table 3.** Socio-demographic characteristics of mothers in pre-assessment phase

Variables	N	%
<b>Education</b>		
Primary School	28	28,9
Secondary School	19	19,6
High School	33	34
College	6	6,2
University	11	11,2
<b>Working Status</b>		
Working	26	26,8
Housewife	71	73,2
<b>Marital Status</b>		
Married	93	95,9
Divorced	4	4,1
<b>Psychological Intervention and Psychiatric Drug Use</b>		
None	97	100

**Table 4.** Socio-demographic characteristics of children in psycho-education and waiting-list control condition

Variables	Psycho-Education Group		Waiting-List-Control Group	
	N	%	N	%
<b>Age</b>				
8	2	28,6	2	28,6
9	3	42,9	2	28,6
10	2	28,6	3	42,9
<b>Gender</b>				
Girl	4	57,1	4	57,1
Boy	3	42,9	3	42,9
<b>Grade</b>				
3 <sup>th</sup> grade	2	28,6	4	57,1
4 <sup>th</sup> grade	5	71,4	3	42,9

**Preliminary Results**

Pearson correlation analysis was performed between parental attitudes, anxiety symptoms and obsessive-compulsive symptoms to assess the relationship between subclinical childhood obsessive-compulsive symptoms and parental attitudes. Marital conflict was positively correlated with total interference score in LOI-CV,  $r(95) = .23$ ,  $p < .05$  indicating that as the marital conflict increases among parents, interference of obsessive-compulsive symptoms in children also increase. Marital conflict was also positively correlated with total score in LOI-CV,  $r(95) = .24$ ,  $p < .05$  indicating that as the marital conflict increases among parents, obsessive-compulsive symptoms in children also increase. When the relationship between marital conflict and sub factors of LOI-CV were examined,

results showed that marital conflict was also positively correlated with, cleanliness and tidiness,  $r(95) = .22$ ,  $p < .05$ , repetition and indecision,  $r(95) = .22$ ,  $p < .05$  and special words and numbers,  $r(95) = .21$ ,  $p < .05$ . On the other hand, there were no other significant relationships between sub scales of PARI and sub scales of LOI-CV. Marital conflict positively correlated with A-Trait anxiety symptoms,  $r(95) = .24$ ,  $p < .05$  indicating that as marital conflict increases among parents, anxiety symptoms in children also increase. Furthermore, authoritarianism positively correlated with A-Trait anxiety symptoms,  $r(95) = .25$ ,  $p < .05$  indicating that as the mother's strict and authoritarian attitudes increases, anxiety symptoms in children also increase. Additionally, A-Trait anxiety symptoms positively correlated with cleanliness and tidiness,  $r(95) = .28$ ,  $p < .01$ , repetition and indecision,  $r(95) = .34$ ,  $p < .01$  and special words and numbers,  $r$

**Table 5.** Socio-demographic characteristics of mothers in psycho-education and waiting-list control condition

Variables	Psycho-Education Group		Waiting-List-Control Group	
	N	%	N	%
<b>Age</b>				
≤ 30	2	28,6	1	14,3
30-40	3	42,9	6	85,7
≥ 40	2	28,6	0	0
<b>Education</b>				
Primary School	2	28,6	4	28,9
Secondary School	1	14,3	1	19,6
High School	4	57,1	2	34
<b>Working Status</b>				
Working	1	14,3	3	42,9
Housewife	6	85,7	4	57,1
<b>Marital Status</b>				
Married	7	100	7	100

**Table 6.** Descriptive information of the measures

Measures	M	SD	Range
PARI	127,84	15,89	87-172
LOI-CV	28,11	13,93	4-67
A-State	30,57	6,29	20-51
A-Trait	35,42	6,81	21-57
CDI	10,35	6,01	1-27

Note: PARI: Parental Attitude Research Instrument, LOI-CV: Leyton Obsessional Inventory Child Version, A-State and A-Trait: State-Trait Anxiety Inventory for Children, CDI: Child Depression Inventory

(95) = .32,  $p < .01$  and checking  $r(95) = .34$ ,  $p < .05$ . In conclusion, the results indicate that there was a positive and significant correlation between total of parental negative attitudes and A-Trait anxiety symptoms,  $r(95) = .22$ ,  $p < .05$  indicating that child's anxiety symptoms increase as the mother's negative attitude increases.

### Main Analyses

Chi-square Test was used to compare socio-demographic characteristics (educational status, working status and marital status) of mothers in both the groups. The results indicated that there were no significant differences ( $p > .05$ ) between socio-demographic characteristics of the mothers in the psycho-education group and the waiting-list-control group. In order to compare differences between psycho-education group and waiting-list-control group, the Mann-Whitney U test was also conducted. Results of the Mann-Whitney U test did not indicate any statistically significant differences ( $p > .05$ ) between the psycho-education group and the waiting-list-control group according to their pre-assessments.

Wilcoxon Signed-Ranked Test was conducted to examine the effectiveness of an 8-week psycho-education program in both maternal attitudes and in subclinical OCD symptoms of children. Results showed that the 8-week psycho-education program can elicit statistically significant change between pre- and post- assessments of mothers in psycho-education group. Findings indicated that there was a statistically significant difference in total scores of negative attitudes ( $Z = -2.201$ ,  $p = .028$ ), dependency ( $Z = -2.375$ ,  $p = .018$ ) and authoritarian attitude ( $Z = -2.371$ ,  $p = .018$ ) and post test scores of these variables showed significant decrease. Conversely, there were no statistically significant changes in marital conflict, egalitarianism and democratic attitude and rejection of the homemaking role. On the contrary, results of the mothers in waiting-list control group showed that, authoritarian attitude ( $Z = -2.388$ ,  $p = .017$ ) and total of negative attitudes ( $Z = -1.696$ ,  $p = .090$ ) significantly increased in post assessment. Other variables did not show significant change in post assessment. Mean and standard deviations of pre test and post test scores for the mothers is presented in Table 7.

Results also showed that, in psycho-education group, the 8-week psycho-education program elicit

**Table 7.** Means and standard deviations of pre-test and post-test scores of mothers in psycho-education group and waiting-list-control group

	Psycho-Education (N=7) X-S		Waiting-List-Control Group (N=7) X-S	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
PARI FAC1	48.86 – 6.14	40.29 – 5.02*	45.14 – 6.56	45.86 – 7.60
PARI FAC2	25.29 – 2.81	27.29 – 2.36	26.29 – 1.89	26 – 1.91
PARI FAC3	31.57 – 4.50	29.14 – 4.63	32.29 – 7.29	33 – 7.21
PARI FAC4	16.71 – 2.62	14.71 – 2.56	16.29 – 3.59	16.43 – 5.02
PARI FAC5	45.29 – 7.76	37.57 – 4.82*	40.57 – 8.97	44.14 – 8.98*
TOTAL PARI	142.43 – 17.71	121.71 – 11.72*	134.29 – 21.31	139.43 – 24.35*

Note: PARI FAC1: dependency, PARI FAC2: egalitarianism and democratic attitude, PARI FAC3: rejection of the homemaking role, PARI FAC4: marital conflict, PARI FAC5: authoritarianism, T-PARI: total scores of negative attitudes \* $p < .05$



**Table 8.** Means and standard deviations of pre-test and post-test scores of children in psycho-education group and waiting-list-control group

	Psycho-Education (N=7) X-S		Waiting-List-Control Group (N=7) X-S	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
SYM-LOI	16.43 – 1.90	14.57 – 2.50	16.50 – 2.02	14.43 – 2.87
INT-LOI	31 – 6.24	17.57 – 7.95*	35.43 – 8.01	27.86 – 10.66
T-LOI	47.86 – 7.38	32.14 – 8.31*	51.93 – 9.68	42.29 – 12.67
LOI FAC1	18.86 – 2.85	9.14 – 6.23*	19.57 – 5.12	15.29 – 6.62
LOI FAC2	3.86 – 1.95	3.14 – .69	5.43 – 1.39	3.86 – 1.57*
LOI FAC3	2.71 – 2.49	1.29 – 2.36	3.43 – 1.90	2.29 – 1.70*
LOI FAC4	5.86 – 1.57	4 – 1.73*	7 – 3.21	6.43 – 4.79
A-STATE	35 – 11.32	26.57 – 7.89*	33 – 8.04	31 – 5.59
A-TRAIT	42.29 – 9.53	35.86 – 6.25*	40.07 – 8.08	36 – 5.94

Note: SYM-LOI: total symptom score of LOI-CV, INT-LOI: total interference scores of LOI-CV, T-LOI: total scores of LOI -CV, LOI FAC1: cleanliness and tidiness, LOI FAC2: repetition and indecision, LOI FAC3: special words and numbers, LOI FAC4: checking, A-STATE: state anxiety, A-TRAIT: trait anxiety \*p<. 05

statistically significant change in OCD and anxiety symptoms of the children. There were statistically significant change in interfere score of OCD symptoms ( $Z=-2.371$ ,  $p=.018$ ), total score of OCD symptoms ( $Z= -2.366$ ,  $p=.018$ ), total score of cleanliness and tidiness ( $Z= -2.201$ ,  $p=.028$ ), total score of checking ( $Z=-2.156$ ,  $p=.031$ ), state anxiety symptoms ( $Z=-2.366$ ,  $p=.018$ ) and trait anxiety symptoms ( $Z=-2.207$ ,  $p=.027$ ). All of these scores showed a significant decrease in post assessments. There were no statistically significant changes in the total score of repetition and indecision and total score of special words and numbers. Results of the children in the waiting-list control group showed that, repetition and indecision ( $Z=-2.041$ ,  $p=.041$ ) and special words and numbers ( $Z=-1.807$ ,  $p=.071$ ) significantly decreased in post assessment. Other variables did not show significant change in post assessment. Means and standard deviations of pretest and posttest scores for the children are presented in Table 8.

## DISCUSSION

The first aim of this study is to investigate the relationship between parental attitudes and subclinical childhood OCD within a Turkish sample. This investigation also helped to make real the main goal of the study; to examine the effectiveness of specific 8-week psycho-education program.

### Relationship between Parental Attitudes and Subclinical OCD Symptoms in Children

The first aim of this study was to investigate the relationship between maternal attitudes and child's subclinical obsessive-compulsive symptoms.

Firstly, a significant relationship was found between marital conflict and children's obsessive-compulsive symptoms and their severity. As previously investigated by March & Mulle, this finding also revealed the marital conflict as a factor that has an effect on childhood obsessive-compulsive symptoms (13). At the same time, the relationship between marital conflict and symptom severity shows consistency with the idea that disagreement between parents over the disorder can lead more distress for the child and that affects the course and severity of OCD. Additionally, because unpredictability and distress are characteristics of obsessive-compulsive symptoms, they can lead higher tensions in family environment and cause more family conflicts.

Secondly, the current study also found a significant relationship between marital conflict and children's anxiety symptoms indicating that, an increase in marital conflict between parents can be associated with an increase in anxiety symptoms in children. This finding was supported by previous research that showed the relationship between marital conflict and childhood anxiety (26,27). In the parallel with the explanation by Emery that mentioned contribution of marital conflict on childhood anxiety disorders, parents' inconsistent and instable attitudes can have an effect on the course of childhood anxiety and OCD (12). However, when considering

a bidirectional relationship between childhood OCD and familial factors, it is also considered that living with a child who has obsessive-compulsive symptoms leads to more distress in the family environment and this can result in more marital conflict.

Contrary to expectations, the study did not find any relationship between mothers' authoritarian attitude and obsessive-compulsive symptoms of children. This result contradicts the reports of Timpano, which showed a significant relationship between obsessive-compulsive symptoms and authoritarian parenting style (28). Nevertheless, in addition to that, Timpano and colleagues also reported, authoritarian attitude can be associated with more severe cases in childhood OCD (28). Therefore, when considering the sample characteristics of this study (nonclinical school sample) and the targeted symptomatology (subclinical OCD symptoms) it can be thought that, current findings reflect and support the link between authoritarian attitude and clinical cases. More recently, Yamauchi and colleagues also stated that there is not any direct relations between maternal attitudes and child's compulsive-like behaviors (29).

In parallel with previous research, this study revealed a significant relationship between authoritarian attitude and trait anxiety symptoms (30,31). According to Baumrind, authoritarian attitude is characterized by rigid parenting, strict rules, low warmth/nurturance, high demands and psychological/behavioral control (32). So the current finding also supported the meta-analytic research of McLeod et al. and the findings of Wolfradt et al. that stated an important role of excessive parental control, restricted autonomy and over involvement in child's anxiety symptoms (33,30). These conflicting findings, related with the relationship between authoritarian attitudes, childhood anxiety symptoms and obsessive-compulsive symptoms, revealed the ongoing question of whether parent's authoritarian attitudes leads to childhood anxiety disorders or if it is a reaction to a child's symptomatology. Additionally, a contradiction between findings might be explained because an authoritarian attitude has a tendency to relate general anxiety symptomatology whereas it does not have any relation with subclinical obsessive-compulsive symptomatology.

tology.

The study findings did not indicate any relationship between dependency (overprotective attitude of mother) and either anxiety symptoms nor obsessive-compulsive symptoms. This result is somewhat unexpected and contradicts with reports from previous research which stated that parents of children with OCD have a tendency to be overprotective and less permitting for autonomy (9,34). However, Alonso et al also did not find any difference in overprotective attitudes of parents between healthy and OCD groups (35). In parallel with current study, Brown & Whiteside did not find any relation with overprotectiveness and children's anxiety (31).

### **Effectiveness of Psycho-education Program**

#### **Quantative Results**

The second and the main aim of the present study was to examine the effectiveness of an 8-week psycho-education program on maternal attitudes and subclinical OCD symptoms of children. A significant reduction was found in negative maternal attitudes after completion of an 8-week psycho-education program. Firstly, mothers in psycho-education group experienced reductions in all their negative attitudes, while they experienced an increase in their democratic attitude. Their PARI total score, overprotective and authoritarian attitude scores decreased significantly after the 8-week psycho-education program. These findings shows similarity to limited previous studies that indicated a reduction in negative attitudes of parents like over criticism, overprotectiveness, over involvement, whilst showing an increase in positive behaviors (17,36,37). Furthermore, in the current study, mothers also supported these findings with their own reports during the sessions. During psycho-education they also observed their own negative attitudes in the dimensions of nagging, yelling, persuading, hostile looks, snide comments and laughing/joking at a child using a negative attitude monitoring form and tried to replace them with positive alternative behaviors. At the beginning, they mostly reported nagging, yelling and hostile look behaviors and towards the end of the program, they began to use

their own coping strategies rather than their negative attitudes. As discussed in case reports in the next section, some of the mothers also reported a reduction in their strictness about rules and punishments.

Considering other results, even though reductions were also observed in the mother's rejection attitude towards to homemaking role and marital conflict, these changes were not significant. The homemaking role is highly related with responsibility that attributed to mothers by society in Turkey. Therefore, the content of the psycho-education may be insufficient to address that issue. A relationship between marital conflict and childhood anxieties was identified in this study and is also supported by the results of previous studies' (26,27). It is possible to speculate that, significant changes in marital conflict were not obtained from the participants of psycho-education program because the study had a restricted sample containing only mothers. It is possible that, mothers explained some informations about the nature of symptoms or functional attitudes to fathers, but it would not be sufficient to produce significant changes regarding the behavior of fathers and conflict between spouses.

The study findings indicate that the psycho-education group showed a significant decrease in their negative attitudes while waiting-list control group did not show any positive changes. With this finding, efficacy of psycho-education on negative attitudes of mothers was evaluated. Moreover, the total scores of negative attitudes and authoritarian attitude scores of mothers in the waiting-list control group showed an increase during the 8 week period. It was previously evaluated that as the familial factors has an effect on childhood OCD; symptoms also affect family attitudes and functioning (2). So the findings of waiting-list control group may suggest that, attitudes of mothers became more negative against a compelling course of symptoms in time. It can be also speculated that, because mothers in the waiting-list control group did not have any knowledge about symptoms, they were unable to understand their child's behaviors and their blame and strictness increases over time. This prediction is supported by previous research that indicated caregivers of OCD patients experi-

enced more anger, frustration, blame, family crisis etc. over time when compared to intervention and control groups (38).

Depending on the main aim of the current study, the results indicated significant reductions in sub-clinical OCD symptoms and anxiety symptoms of children who's mothers had completed the 8-week psycho-education program. Firstly, these children showed a significant decrease in interfere and total score of LOI, cleanliness/tidiness, and in checking after completion of the program. These findings are consistent with a previous study in which specific parenting practices included in addition to other familiar techniques and reduction in OCD symptoms was obtained (39). Mothers in the psycho-education group also supported these findings with their own reports during the sessions. After completion of the psycho-education program two mothers reported a decrease in their children's cleaning compulsion whereas three of them reported a decrease in the checking compulsion of their children. Even though this study did not contain any direct interventions for children, findings also showed similarity with previous studies that compared child intervention and child intervention plus family involvement in some way (40,41,42). In all of these previous studies, family interventions caused more positive treatment outcomes. Furthermore, as in recent studies, this finding also supported the effect of parent only interventions on childhood OCD (14,39). Secondly children also showed a significant decrease in state and trait anxiety symptoms. This was an expected result in the light of previous research that highlighted a significant relationship between parental attitude and level of childhood anxiety (30,31). In this way, current research demonstrates that a positive change in maternal attitudes leads to a decrease in a child's anxiety.

Although there were reduction in the symptom score of LOI, repetition/indecision and special words/numbers, these changes were not significant. Taken together, findings about symptom, interfere and total scores may suggest that the positive changes in maternal attitudes obtained through psycho-education just had an effect on symptom severity rather than symptom presence. It will be possible to observe changes in the symptom pre-

sence through a long-term follow-up plan. In other respects, special words and numbers can be explained with counting compulsion, which means counting certain number or repeating words while doing something. Repetition also explains the repeated actions. For in both compulsion types, they can manifest themselves as mental acts rather than behaviors. So it can be speculated that, children can hide their related symptoms more easily therefore it is more difficult to intervene in these symptoms.

Significant reductions were also observed in the results from the psycho-education group compared to the waiting-list-control group regarding children's subclinical OCD and anxiety symptoms. These findings indicate that the children in the psycho-education group showed more significant decrease in their subclinical OCD and anxiety symptoms as compared to waiting-list control group. With the exception of the repetition/indecision and special words/numbers, children in waiting-list control group did not produce significant reduction in other factors of LOI and in state/trait anxiety symptoms. The unexpected result associated with the reduction in repetition/indecision and special words/numbers can be related to the nature of subclinical OCD. In subclinical OCD, obsessive and compulsive symptoms mostly exist in variable nature and there is no severe functional impairments in the individual's life. It is also known that the relationship between subclinical OCD and clinical OCD is still controversial. Previous study findings, also indicated in follow ups, show that some participants with subclinical OCD symptoms moved to OCD, some of them remained with their subclinical OCD symptoms and some of them did not show any OCD symptoms going forward without any interventions. As in this study, natural reduction also observed in a previous study that examined the effectiveness of an early intervention program? for subclinical OCD (43). It is still debatable if this current finding represents the waxing and waning course of subclinical OCD or if these symptoms really remit without any intervention.

### Qualitative Results

Although findings about the presence of the child-

ren's symptoms were obtained through the assessment process, mothers also reported about these symptoms in more detail during the psycho-education process. Therefore it was decided that it would be more meaningful to study to discuss all of these reports, separately. Mothers were also asked to observe and monitor the symptomatology of their children using monitoring forms during the process but detail information about symptoms could not be obtained from these monitoring forms. It was found that mothers tended to conceal their children's symptoms on the written forms. However, they felt able to talk about these symptoms during face-to-face communications. It is possible that, although issues regarding confidentiality were explained at the beginning of process, mothers still had concerns about the publication of their personal information in the dissertation study. Therefore all of the information about each case presented in the following section is purely based on the notes taken by the researcher during the psycho-education sessions.

In general, it is observed that most of the symptoms either increase or decrease in severity or disappear with time rather being permanent. The severity of the symptoms varied from case to case but in most cases symptoms did not cause any impairments to the child's life.

### Strengths and Limitations of the Study and Suggestions for Future Research

One of the strengths of this study is the inclusion of children aged 8 to 10 years as this age group is recognized in the literature as the onset of childhood OCD. As there is a consensus among the research community regarding this onset age, adults who receive an OCD diagnosis in their adulthood, also had OCD symptoms in their childhood, this current study can facilitate the follow up development and maintenance of OCD symptoms in children (44,45,46).

Another strength of the study is the examination of a subclinical sample. Even though relationship between subclinical OCD and clinical OCD is still controversial, some previous studies have demonstrated the possibility that subclinical OCD can be

precursor to OCD(2,5,47). In this aspect, it can be considered that this study also showed a preventive effort in a nonclinical sample.

In general, many parents find it difficult to attend therapy sessions because of their intensive work hours, household responsibilities or bias about parent sessions. However this study demonstrated that full attendance could be achieved within 8 weeks. It can often be difficult to arrange and coordinate session schedules and conduct sessions within a group environment. Despite this, the study conducted a group psycho-education program with the mothers rather than individual sessions.

Unlike some of the previous studies, this study had a comparison group and this facilitated the ability to determine which specific components of the psycho-education led to a change in maternal attitudes (9,40,48). Furthermore, changes in the process were examined by looking at changes in the negative attitudes of mothers and OCD symptomatology. Furthermore the the positive effects of psycho-education was observed in psycho-education group.

There is also a need to address a number of limitations and future directions. Firstly, in the current study, the measure that examines the maternal attitudes was chosen from a limited number of Turkish adaptation studies. Although PARI is one of the best measures available to assess maternal attitudes, it is not focused on the parental attitudes (especially expressed emotion) related to childhood OCD. For example, Peris and colleagues developed The Parental Attitudes and Behavior Scale (PABS), which is an OCD specific parental attitudes scale and demonstrated validity and reliability of the scale (49). Further research should work on using an adaption of an OCD related parental attitude tool such as PABS. Using an OCD specific parental attitudes scale can help researchers to observe any direct relationship between childhood OCD and parental attitudes.

As the study sample comprised of nonclinical subjects, it should be replicated with a clinical OCD sample in order to more clearly observe the relationship between parental attitudes and obsessive-compulsive symptoms. The generalizability of the

this study was also limited because of the sample size. Therefore, future studies will need to enlarge the sample size.

Some of the mother participants also reported OCD like symptoms in themselves or in first-degree relatives. However, this study did not examine parental psychopathology or its effect on parenting attitudes and child symptoms. This limitation means that the answers to the potential question of whether parental psychopathology is responsible for parenting style or child symptomatology is still debatable. In considering the genetic vulnerability of OCD and the association between parental psychopathology and parenting, future research should also examine psychopathology of the parents to increase the efficacy of the studies.

This study also focused on the parents' self-reporting of their parental attitudes. Considering the possible discrepancies between children and parents' self-reports in relation to parental attitudes, future studies should attach importance to child's self-reports too. Additionally only mothers were involved in the study. This also limits the generalizability of the current results to entire family attitudes. According to the current findings, marital conflict has a relation with childhood OCD and psycho-education cannot elicit significant change in this dimension. This finding therefore demonstrates the importance of a father's involvement in the process. Therefore, future research could involve all family members in the process.

## CONCLUSION

The findings of the current study are consistent with previous evidence suggesting a relationship between negative parental attitudes (marital conflict) and subclinical childhood OCD symptoms. Furthermore, effectiveness of a manualized psycho-education program about maternal attitudes towards childhood OCD was investigated for the first time in a Turkish sample. Efficacy of psycho-education on the negative attitudes of mothers and on children's subclinical OCD and anxiety symptoms was proved.

In the light of the current findings several potential

clinical implications emerge. Current findings add to growing sense that maternal attitudes should be considered as part of the treatment of childhood OCD. The findings support the importance of obtaining more comprehensive information about family attitudes during clinical assessments of childhood OCD. Although there is a need to complete longitudinal follow up on both the mothers' attitudes and their children's symptoms in order to assess long-term effectiveness of the psycho-education program, current findings provide crucial information to clinicians about the need to work with parents in treatment of childhood OCD.

Correspondence address: Assis. Prof. Oya Mortan Sevi, Bahcesehir University, Faculty of Economics, Administrative and Social Sciences, Department of Psychology, Istanbul, Turkey oya.mortansevi@eas.bau.edu.tr

## REFERENCES

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-4 TR). Washington DC, American Psychiatric Pub, 2000, pp. 417-423.
2. Black DW, Gaffney GR. Subclinical obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: additional results from a "high-risk" study. *CNS Spectr* 2008; 13:54-61.
3. Brown FC, Katz LJ, Roth RM, Beers SR. The relationship of self-reported subclinical obsessive-compulsive symptoms and impulsivity among adults with AD/HD. *Psychiatry Res* 2014; 216:131-136.
4. Leonard HL, Swedo SE, Lenane MC, Rettew DC, Hamburger SD, Bartko JJ, Rapoport JL. A 2-to 7-year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:429-439.
5. Valleni-Basile LA, Garrison CZ, Waller JL, Addy CL, McKeown RE, Jackson KL, Cuffe SP. Incidence of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:898-906.
6. Farrell LJ, Barrett PM. The function of the family in childhood obsessive-compulsive disorder: family interactions and accommodation. *Handbook of child and adolescent obsessive-compulsive disorder*. Edited by Storch EA, Geffken GR, Murphy TK. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, 2007, pp. 313-332.
7. Waters TL, Barrett PM. The role of the family in childhood obsessive-compulsive disorder. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2000; 3:173-184.
8. March JS. Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with OCD: a review and recommendations for treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:7-18.
9. Barrett P, Shortt A, Healy L. Do parent and child behaviours differentiate families whose children have obsessive-compulsive disorder from other clinic and non-clinic families?. *J Child Psychol Psychiatry* 2002;43:597-607.
10. Hibbs ED, Hamburger SD, Lenane M, Rapoport JL, Kruesi MJ, Keysor CS, Goldstein MJ. Determinants of expressed emotion in families of disturbed and normal children. *J Child Psychol Psychiatry* 1991; 32:757-770.
11. Amir N, Freshman M, Foa EB. Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients. *J Anxiety Disord* 2000;14:209-217.
12. Emery RE. Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychol Bull* 1982;92:310.
13. March JS, Mulle K. OCD in children and adolescents: A cognitive-behavioral treatment manual. New York, Guilford Press, 1998, pp. 188.
14. Lebowitz, E.R. Parent-based treatment for childhood and adolescent OCD. *J Obsessive Compuls Relat Disord* 2013;2: 425-431.
15. Rosa-Alcázar AI, Iniesta-Sepúlveda M, Storch EA, Rosa-Alcázar Á, Parada-Navas JL, Rodríguez JO. A preliminary study of cognitive-behavioral family-based treatment versus parent training for young children with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord* 2017; 208:265-271.
16. Dobson D, Dobson KS. Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy. New York, Guilford Publications, 2018, pp. 78.
17. Piacentini J, Bergman RL, Chang S, Langley A, Peris T, Wood JJ, McCracken J. Controlled comparison of family cognitive behavioral therapy and psychoeducation/relaxation training for child obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011; 50:1149-1161.
18. Steketee G, Noppen BV. Family approaches to treatment for obsessive compulsive disorder. *J Fam Psychother* 2004;14:55-71.
19. Kircanski K, Peris TS, Piacentini JC. Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin* 2011;20:239-254.
20. LeCompte G, LeCompte A, Özer S. Üç sosyoekonomik düzeyde Ankaralı annelerin çocuk yetiştirme tutumları: Bir ölçek uyarlaması. *Psikol Derg* 1978;1:5-9.
21. Kucuk S. The validity of the Turkish form of the PARI subscales. U.B. doctorate Thesis. 1987.
22. Palulu N, Erol N. The prevalence of obsessive compulsive disorder in primary and secondary school children: A norm study. *Turk J Child Adolesc Ment Health* 1999; 6:89-98.
23. Özusta Ş. Çocuklar için durumluk-süreklilik kaygı envanterinin uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikol Derg* 1995;10:32-44.
24. Kovacs M. Rating scales to assess depression in school-aged children. *Int J Child Adolesc Psychiatr* 1981;46:305-315.
25. Oy B. Çocuklar için Depresyon Ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyat Derg* 1991; 2:137-140.

26. Jekielek SM. Parental conflict, marital disruption and children's emotional well-being. *Soc Forces* 1998;76:905-936.
27. Spence SH, Najman JM, Bor W, O'callaghan MJ, Williams GM. Maternal anxiety and depression, poverty and marital relationship factors during early childhood as predictors of anxiety and depressive symptoms in adolescence. *J Child Psychol Psychiatry* 2002;43:457-469.
28. Timpano KR, Keough ME, Mahaffey B, Schmidt NB, Abramowitz J. Parenting and obsessive compulsive symptoms: Implications of authoritarian parenting. *Int J Cogn Ther* 2010; 24:151-164.
29. Yamauchi H, Ogura M, Mori Y, Ito H, Honjo S. The Effects of Maternal Rearing Attitudes and Depression on Compulsive-Like Behavior in Children: The Mediating Role of Children's Emotional Traits. *Psychol* 2016; 7:133.
30. Wolfradt U, Hempel S, Miles JN. Perceived parenting styles, depersonalisation, anxiety and coping behaviour in adolescents. *Pers Individ Dif* 2003;34:521-532.
31. Brown AM, Whiteside SP. Relations among perceived parental rearing behaviors, attachment style, and worry in anxious children. *J Anxiety Disord* 2008;22:263-272.
32. Baumrind D. Patterns of parental authority and adolescent autonomy. *New Dir Child Adolesc Dev* 2005;108:61-69.
33. McLeod BD, Wood JJ, Weisz JR. Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2007; 27:155-172.
34. Haciomeroglu B, Karanci AN. Perceived parental rearing behaviours, responsibility attitudes and life events as predictors of obsessive compulsive symptomatology: Test of a cognitive model. *Behav Cogn Psychother* 2014; 42:641-652.
35. Alonso P, Menchón JM, Mataix-Cols D, Pifarré J, Urrutavizcaya M, Crespo JM, Jiménez S, Vallejo G, Vallejo J. Perceived parental rearing style in obsessive-compulsive disorder: relation to symptom dimensions. *Psychiatry Res* 2004; 127:267-278.
36. Peris TS, Bergman RL, Langley A, Chang S, Mccracken JT, Piacentini J. Correlates of accommodation of pediatric obsessive-compulsive disorder: parent, child, and family characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47:1173-1181.
37. Schlup B, Farrell L, Barrett P. Mother-child interactions and childhood OCD: Effects of CBT on mother and child observed behaviors. *Child Fam Behav Ther* 2011;33:322-336.
38. Black DW, Gaffney G, Schlosser S, Gabel J. The impact of obsessive-compulsive disorder on the family: preliminary findings. *J Nerv Ment Dis* 1998;186:440-442.
39. Ginsburg GS, Burstein M, Becker KD, Drake KL. Treatment of obsessive compulsive disorder in young children: an intervention model and case series. *Child Fam Behav Ther* 2011;33:97-122.
40. Waters TL, Barrett PM, March JS. Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: preliminary findings. *Am J Psychother* 2001;55:372-387.
41. Peris TS, Sugar CA, Bergman RL, Chang S, Langley A, Piacentini J. Family factors predict treatment outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol* 2012;80:255.
42. Thompson-Hollands J, Edson A, Tompson MC, Comer JS. Family involvement in the psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *J Fam Psychol*. 2014; 28:287.
43. Zucker BG. Early intervention for subclinical obsessive-compulsive disorder. University of California, Doctoral dissertation. 2004.
44. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1094-1099.
45. do Rosario-Campos MC, Leckman JF, Mercadante MT, Shavitt RG, Prado HD, Sada P, Zamignani D, Miguel EC. Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158:1899-1903.
46. Geller DA. Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am* 2006; 29:353-370.
47. Black DW, Stumpf A, McCormick B, Allen J, Blum N, Noyes R. A blind re-analysis of the Iowa family study of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Res* 2013; 209:202-206.
48. Farrell LJ, Schlup B, Boschen MJ. Cognitive-behavioral treatment of childhood obsessive-compulsive disorder in community-based clinical practice: Clinical significance and benchmarking against efficacy. *Behav Res Ther* 2010;48:409-417.
49. Peris TS, Benazon N, Langley A, Roblek T, Piacentini J. Parental attitudes, beliefs, and responses to childhood obsessive compulsive disorder: the parental attitudes and behaviors scale. *Child Fam Behav Ther* 2008;30:199-214.

# Madde bağımlılığında dürtüsellik ve saldırganlığın incelenmesi

## Examination of impulsiveness and aggression in substance abuse

Berrak Köksal<sup>1</sup>, Semra Karaca<sup>2</sup>, Serhat Çıtak<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hem., TC. SB. İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikoterapi Merkezi, İstanbul. Türkiye

<https://orcid.org/0000-0002-3181-888X>

<sup>2</sup>Doç. Dr, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği AD, İstanbul, Türkiye

<https://orcid.org/0000-0002-1616-104X>

<sup>3</sup>Prof. Dr., İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, İstanbul, Türkiye

<https://orcid.org/0000-0003-1754-8307>

### ÖZET

**Amaç:** Bbağımlılık yapan madde kullanımı fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan birçok sorunla ilişkilidir. Bu çalışmanın amacı madde bağımlılarında dürtüsellik ve saldırganlık düzeyini ve dürtüsellik ile saldırganlığın ilişkisini incelemektir. **Yöntem:** Araştırma tanımlayıcı niteliktedir. İstanbul'da bir psikiyatri hastanesinin AMATEM kliniğinde yapılmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için Marmara Üniversitesi Etik Kurulu'ndan etik kurul izni, hastaneden kurum izni alınmıştır. Örneklem büyüklüğü istatistiksel formülle hesaplanmış ve çalışma 126 hasta ile tamamlanmıştır. Veriler Kişisel Bilgi Formu, Barrat İmpulsivite Ölçeği (BIS-11) ve Buss Pery (1992) Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ) ile toplanmıştır. Veriler, tanımlayıcı istatistiksel analizler, Shapiro-Wilk testi, Student's t test, Mann-Whitney U, One-way ANOVA, Kruskal Wallis ve Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Hastaların %92.9'u erkek, %58.7'si bekâr, %40.5'i lise mezunudur ve yaş ortalamaları 29.53±8.20'dir. Hastaların BIS-11 ölçeği puan ortalamaları 63.86±8.47 ve BPSÖ puan ortalamaları 50.70±20.77'dir. Hastaların BIS-11 puanları ile BPSÖ toplam ve tüm alt boyutlarının puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı zayıf ilişkiler bulunmuştur (BPSÖ toplam r=0.299,p=0.001; fiziksel saldırganlık r=0.225; p=0.012; sözel saldırganlık r=0.212, p=0.018; öfke r=0.191, p=0.033; düşmanlık r=0.373, p=0.001). **Sonuç:** Bu çalışmada katılımcıların çoğunluğu erkektir. Madde bağımlılığında, dürtüsellik arttıkça genel saldırganlık puanları da artmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Madde bağımlılığı, dürtüsellik, saldırganlık

### SUMMARY

**Objective:** The use of addictive substances is usually related with many problems physical, mental and social aspects. The present study aims to examine levels of impulsiveness and aggression and the relationships between impulsiveness and aggression in substance abuse. **Method:** This cross-sectional study was conducted in an alcohol and addiction treatment center of a psychiatric hospital in Istanbul. In order to conduct this study, ethical committee permission was obtained from the Ethics Committee of Marmara University and official permission was obtained from hospital. The sample size was calculated using a statistical formula and the study was conducted with 126 patients. Data was collected by Demographic Information Form, Barrat Impulsivity Scale (BIS-11) and Buss Pery Aggression Scale (BPAS). The data was analyzed using descriptive statistical analysis Shapiro-Wilk test, Student's t test, Mann-Whitney U, One-way ANOVA, Kruskal Wallis and Pearson correlation analysis. **Results:** 92.9 % male of patients, 58.7 % were single, 40.5% high school graduates and mean age was 29.53±8.20. BIS-11 total score of the patients was 63.86 ±8:47. BPAS total score of the patients was 50.70±20.77. Statistically significant positive peer relationships were found between averages of BIS-11 total scores, BPAS total scores and all sub-scale scores (between BIS-11 total scores and BPAS total scores r=0.299, p=0.001; physical aggression r=0.225; p=0.012; verbal aggression r=0.212, p=0.018; anger r=0.191, p=0.033; hostility r=0.373, p=0.001). **Discussion:** In this study, the majority of participants was male. Of substance abuse, it is seen that increased impulsivity, aggression increases overall score.

**Key Words:** Substance abuse, impulsiveness, aggression

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2020;23:23-33)

DOI: 10.5505/kpd.2020.46693



## GİRİŞ

Bağımlılık yapan madde kullanımı, öfke ve şiddetle ilgili olan davranış bozukluğu, dürtü kontrol problemleri ve çeşitli davranış sorunlarıyla ilişkili olabilmektedir (1,2). Bunlardan biri olan dürtü kontrol problemi; genelde istenmeyen sonuçlara yol açan, ortama uygun olmayan veya aşırı riskli, yeterince düşünülmemiş çeşitli davranışları kapsar. Dikkatsizlik, sabırsızlık, yenilik arama, risk alma, heyecan arama, zarar görme ihtimalini olduğundan daha düşük hesaplama ve dışa dönüklük gibi özellikler ile kendini gösterir (3,4). Dürtüsellik, içsel ya da dışsal bir uyarana, kendisi ya da başkaları için sonucun olumlu ya da olumsuz olabileceğini düşünmeden, hızlıca ve plan yapmadan yanıt verme eğilimidir (4,5,6,7).

Vuchinich ve Tucker (1988) psikoaktif madde kullanımının dürtüsellik yüksek olan bireylerde beklenen bir davranış olduğunu ifade eder (8). Bunun yanında Koob (1996) dürtüsellik yarattığı sıkıntı ile baş etmek için madde kullandığını ifade ederken (9), Moeller ve arkadaşları (2001) ve Miller (1991) ise madde kullanımının tekrarlamasında dürtüsellik rolü olduğunu ifade etmiştir (1,5,10). Diğer bir açıdan; dürtüsellik ve madde kullanımı arasındaki ilişkinin varlığı; dürtüsellik riski yüksek olan bireylerde, yüksek madde kullanımının görülüp görülmediğine bakılarak da araştırılmıştır. Madde kullanım öyküsü olan kişilerin anlık ödülü daha yüksek oranda tercih edebildiği bildirilmektedir (11,12). Madde kullanan bireylerle kullanmayanların dürtüsellikleri arasındaki farklılıkları açıklamak için üç hipotez öne sürülmüştür. Bunlardan ilki; dürtüsellik düzeyinin yüksek olması nedeniyle madde kullanımının ve bağımlılığının yüksek olduğu yönündedir. İkincisi; maddelerin akut ve kronik etkileri sonucu dürtüsellik ortaya çıktığı ya da var olan dürtüsellik arttığı yönündedir. Kirby ve Petry (2004) dürtüsellik ölçümü için “gecikme indirimi” kullandıkları çalışmada; eroin bağımlılarında eroinin bırakılmasıyla dürtüsellikte azalma görüldüğü, alkol veya kokain bağımlılarında ise maddeyi bırakmanın dürtüsellik düzeyini etkilemediği bildirmiştir (13). Perry ve Carroll (2008), maddelerin dürtüsellik arttırdığını, bazı maddelerin bırakılmasıyla dürtüsellik ortadan kalktığına, bazı maddelerin bırakılmasıyla dürtüsellik ortadan kalkmazken, bazı mad-

deler bırakıldığında ise dürtüsellik geri dönüşümsüz olarak etkilendiğini ileri sürmüştür (14). Madde bağımlılığının dürtüsellikle ilişkisinde öne sürülen üçüncü hipotez; dürtüsellik ve madde kullanımının başka faktörlere bağlı olduğu yönündedir (15). Bu faktörlerin yaş, cinsiyet, hormonal durum, madde ile ilişkisiz ödüllere yanıt, çocukluk çağı travmaları, prenatal dönemde maddeye maruz kalma gibi genetik ya da çevresel faktörler olduğu öngörülmüştür (14). Madde bağımlılarında karar vermede ve işlem belleğindeki kognitif defisitlerin, inhibisyonadaki bozulmayla ilişkili olduğu, bu durumun da dürtüsellikle bağımlılık arasındaki ilişkinin üçüncü bir faktöre bağlı olduğu hipotezini desteklediği bildirilmektedir (14,16,17).

Bazı psikiyatrik bozuklukların çekirdek tezahürlerinden biri olan dürtüsellik (7) üç boyutlu bir yapıda ele alınabilmektedir. Dikkatle ilişkili dürtüsellik, “odaklanma eksikliği veya konsantrasyon olamama” olarak tanımlanırken, motor dürtüsellik, “düşünmeden davranma” ve tasarlanmamış dürtüsellik “geleceğe ilişkin tahmin eksikliği veya öngörü yetersizliği” olarak kavramsallaştırılmıştır (6,18). Madde bağımlılığı aşamalı bir süreçtir ve her aşamada dürtüsellik farklı şekillerde ele alınması gerekmektedir. Dürtüsellikteki anlık artışlar maddenin bırakılmaya çalışıldığı dönemlerde ya da bırakılmış olanlarda tekrar madde kullanımına zemin hazırlamaktadır (15).

Dürtüsellikle ilişkili olabilecek sorunlardan biri de saldırganlıktır. Saldırganlık terimi geniş bir davranış yelpazesine atıfta bulunsa da, en genel anlamda, zarar görmekten kaçınmak için başkalarına zarar vermek ya da bu amaçla yapılan her türlü eylem olarak tanımlanır (4,19). Saldırgan eylemler durumsal fenomenler olarak değerlendirilirken, kişilik özelliği olarak saldırganlık farklı durumlarda ve tekrarlayıcı biçimde saldırgan davranma eğilimini de ifade eder. Saldırganlık iki farklı yönü ile ele alınır. “Dürtüsel saldırganlık” olarak tanımlandığı boyutu düşmanca, kontrolsüz, plansız, kasıtlı terimleri ile de kullanılır. “Tasarlanmamış saldırganlık” yararlı, kontrollü, planlı, gizli, yırtıcı, yapıcı saldırganlık olarak da tanımlanmaktadır. Tasarlanmamış saldırganlığın amacı birine zarar vermek değil, bir takım yararlar, avantajlar ya da ödüller elde etmek-

tir ve amaca yönelik olması nedeniyle ortaya çıkması için provakasyona ya da öfkeye gerek yoktur (20,21,22).

Saldırgan davranış ve madde kullanımı arasındaki ilişki oldukça karmaşık olup, çeşitli maddeler, özellikle alkol, esrar, kokain ve amfetamin gibi maddeler saldırgan davranış eğilimindeki bir artışla ilişkilendirilmiştir (23). Buss ve Perry (1992) saldırganlığı dört boyutta incelemiştir: “fiziksel saldırganlık” ve “sözel saldırganlık” başkalarını yaralama ya da başkalarına zarar vermeyi içerir ve motor davranışı yansıtır (24). “Öfke” fizyolojik yanıtı ve saldırganlığa hazırlanmayı içerir ve davranışın emosyonel ya da affektif yönüyle ilişkilidir. “Düşmanlık” kötü niyet ve adaletsizlik duygularını içerir ve davranışın kognitif yönüyle ilişkilidir.

Madde bağımlılığı ve saldırganlık arasındaki ilişkide; saldırganlığın madde kullanımına bir eğilim yaratması olasılığı olabileceği gibi, madde bağımlılığının saldırganlığa yol açabileceği şeklinde bir ilişkinin de olabileceği ya da bu iki etkenin çift yönlü olarak birbirlerini etkileyebilecekleri öne sürülmüştür (25). Madde bağımlılığında saldırganlık sadece kişilerarası güçlüklerle ya da tedaviye etkili katılım güçlükleri ile ilişkili değil, aynı zamanda suça eğilimle ilişkili de olabilecektir.

Madde bağımlılığı ve dürtüsellik arasındaki ilişkiler oldukça karmaşık olup, bu alanda yapılmış çalışmalar bu durumu aydınlatmak açısından önem taşımaktadır (7). Genel olarak, madde kullanım bozuklukları yüksek saldırganlık seviyeleri ile de ilişkili olabilmektedir (21). Psikiyatrik hastalıklarda saldırganlık, sağlık çalışanlarının iş yaşamında karşılaştıkları ciddi olaylardandır. Bu hastalıklarda saldırganlığın ele alınması ve maruz kalınan durumlarda hastalara en uygun yaklaşımla müdahale edilebilmesi için bu alanda çalışan sağlık personelinin yeterli bilgiye sahip olması önemlidir. Saldırganlıkla ilişkili faktörlerin belirlenmesi, istenmeyen sonuçların ortaya çıkmasını azaltacaktır (29). Bu çalışmanın amacı; madde bağımlılarında dürtüsellik ve saldırganlık düzeyinin belirlenmesi, sosyodemografik ve madde kullanım özelliklerine göre dürtüsellik ve saldırganlığın incelenmesi, ayrıca dürtüsellik ile saldırganlık ilişkisinin

değerlendirilmesidir.

## YÖNTEM

Bu çalışma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri hastaların dürtüsellik ve saldırganlık ölçeğinden aldıkları puanlarken, bağımsız değişkenleri hastaların sosyodemografik, ailesel, madde kullanımı ve tedavisine ilişkin özellikleridir. Araştırma soruları şu şekildedir:

1. Madde bağımlılığında dürtüsellik puanlarının düzeyi nedir?
2. Madde bağımlılığında bağımsız değişkenlere (sosyodemografik, ailesel, madde kullanımına ilişkin özellikler) göre dürtüsellik puanları farklılaşmakta mıdır?
3. Madde bağımlılığında saldırganlık puanlarının düzeyi nedir?
4. Madde bağımlılığında bağımsız değişkenlere (sosyodemografik, ailesel, madde kullanımına ilişkin özellikler) göre saldırganlık puanları farklılaşmakta mıdır?
5. Madde bağımlılığında dürtüsellik ile saldırganlık ilişkili midir?

## Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu çalışmanın evrenini bir devlet hastanesinin AMATEM servisinde yatarak tedavi gören hastalar (N=360) oluşturmuştur. Tip 1 hata olasılığı ( $\alpha$ ) 0,05 kabul edildiğinde (%95 güven düzeyinde), z değeri 1,96'dır. Benzer olgular kullanılarak yapılmış olan bir çalışmadan (26) elde edilen standart sapma değerleri birleştirilerek popülasyonun standart sapması 11,43 olarak hesaplanmış, hata payı (E) ise 2 birim olarak kabul edilmiştir. Yukarıda belirtilen değerler kullanılarak hesaplandığında; örneklem büyüklüğünün 126 kişi olduğu saptanmıştır. Çalışmanın örneklemine tamamlanabilmesi için tam sayıya ulaşana kadar veri toplama devam edilmiştir.

#### Araştırmaya Alınma Ölçütleri;

1.DSM IV-TR tanı kriterlerine göre “Madde Bağımlılığı” tanısı almış olmak (Çalışmanın yapıldığı hastanede psikiyatrist tarafından DSM IV-TR tanı kriterlerine göre “Madde Bağımlılığı” tanısı konan hastalar çalışmaya alınmıştır),

2.Detoks süresini tamamlamış (yatışının 15. gününden sonra ) olmak.

3.Madde bağımlılığı dışında başka kronik, sürekli yardım ve bakım gerektiren tıbbi veya psikiyatrik hastalığın bulunmaması (çalışmanın yapıldığı AMATEM servisine komorbid durumdaki hastalar yatırılmadığı için bu hastalar örneklemin dışında kalmıştır),

4.Okur – yazar olma,

5.18 yaş altı ve 65 yaş üstü olmama,

6.Çalışmaya katılmak için gönüllü olmadır.

#### Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada hastaların sosyodemografik özellikleri ve madde kullanımına ilişkin veriler “Kişisel Bilgi Formu”, dürtüsellikle ilgili veriler “Barrat İmpulsivite Skalası (BIS-11)”, saldırganlıkla ilgili veriler ise “Buss Pery Saldırganlık Ölçeği” (BSÖ) kullanılarak toplanmıştır.

*Kişisel Bilgi Formu:* Bu form hastaların sosyodemografik bilgilerini, ailesel özelliklerini ve madde kullanımına ilişkin özellikleri sorgulayan 15 sorudan oluşmaktadır.

*Barrat İmpulsivite Ölçeği (BIS-11):* BIS-11 ölçeği Patton ve arkadaşları (1995) tarafından dürtüsellik ölçmek için geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir (27). Ölçeğin Türkçe’ye uyarlanması, geçerlik-güvenirlik çalışması Güleç ve ark. (2008) tarafından yapılmıştır (18). BIS-11 30 maddeden oluşan 4’lü likert tipi bir ölçektir (1=“Nadiren/ Hiçbir Zaman”, 2=“Bazen”, 3=“Sıklıkla” ve 4=“Hemen her zaman/ Her zaman”). Ölçek üç alt faktörden

oluşmaktadır. Bunlar; dikkatle ilişkili dürtüsellik, motor dürtüsellik ve tasarlanmamış dürtüselliktir. Söz konusu çalışmada; iç tutarlılık Cronbach alfa katsayıları öğrencilerde 0.78, hastalarda 0.81 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada öğrenci grubunda tekrar test güvenilirliği ise 0,83 olarak bulunmuştur. Ölçekten 0-120 arasında puan alınabilmektedir ve yüksek puanlar yüksek dürtüsellik düzeyini gösterir (18). Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılık Cronbach alfa katsayıları birinci faktör için 0.767 iken, ikinci faktör için bu değer 0.624, üçüncü faktör için 0.573, ölçeğin geneli için ise 0.829’dur.

*Buss Pery Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ):* Buss ve Perry Saldırganlık Ölçeği saldırganlık düzeyinin belirlenmesi amacıyla geliştirilen ve 29 ifadeden oluşan öz bildirim ölçeğidir (24). Türkçe’ye uyarlaması Evren ve arkadaşları (2011) tarafından yapılmıştır (28). Saldırganlığı fiziksel saldırganlık, sözel saldırganlık, öfke ve düşmanlık alt boyutları ile değerlendirir. Ölçek beşli likert tipindedir (0=hiç benim özelliğim değil, 1=çok az, 2=biraz, 3=çok, 4=tamamen benim özelliğim) ve 0-116 arasında puan alınabilmektedir. Yüksek puanlar yüksek saldırganlık düzeyini gösterir (28). Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılık Cronbach alfa katsayıları; fiziksel saldırganlık alt boyutu  $\alpha=0.852$ , sözel saldırganlık alt boyutu  $\alpha=0.660$  öfke alt boyutu  $\alpha=0.711$ , düşmanlık alt boyutu  $\alpha=0.824$ , ölçeğin geneli için ise  $\alpha=0.923$ tür.

#### Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik kurul izni Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu’ndan (24.12.2014-17), kurum izni İstanbul Anadolu Kuzey Birliği ve ilgili hastaneden (77517973-770-08.01.2015) alındı. Araştırmaya katılan hastalar bilgilendirilerek aydınlatılmış onam yazılı ve sözlü olarak alındı.

#### İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler için R vers. 2.15.3 programı (R Core Team, 2013) kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (minimum, maksimum, ortalama, standart sapma, frekans, yüzde, medyan, birinci çeyrek-

lik, üçüncü çeyreklik) yanı sıra verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilks testi ve grafiksel inceleme ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında bağımsız gruplar t testi (Student's t test), normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım gösteren üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi (One-way ANOVA) kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında Kruskal Wallis test ve farklılığa neden olan grubun belirlenmesinde Mann-Whitney U test kullanıldı. Bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile değerlendirildi. Korelasyon analizleri değişkenler arasındaki ilişkileri göstermekte, nedensellik ifade etmemektedir.

## BULGULAR

Araştırmaya katılan hastalar 18-60 yaş grubunda olup, yaş ortalaması  $29.53 \pm 8.20$ 'dir. Hastaların %92.9'u erkek, %52.4'ü ilköğretim mezunu, %58.7'si (n=74) bekar iken, %13.5'i boşanmış ya

da ayrı yaşamaktadır. Boşanmış ya da ayrı yaşayan hastaların %58.8'i bu durumun nedeninin madde kullanımını olduğunu ifade etmiştir. Hastaların %56.3'ü metropolde yaşamakta, %30.2'sinin çocuğu bulunmakta ve %25.4'ü herhangi bir işte çalışmamaktadır (Tablo 1).

Hastaların %11.1'inin ailesinde madde kullanımı olduğu ve bu kişilerin %64.3'ünün hastanın kardeşi olduğu belirlenmiştir. Hastaların %4.0'ünün kullandığı tercih madde esrar iken, %73.8'inin erodindir (Tablo 2).

Hastaların %55.6'sının AMATEM'e yatışı kendi isteği ile yapılmıştır ve %50.0'sinin ilk yatışıdır. Daha önce yatışı olan hastaların %79.4'ünde tedaviyi tamamlamadan taburculuk gözlenmezken, %14.3'ünün bir kere tedaviyi tamamlamadan taburcu olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Hastaların BIS-11 ölçeği dikkatle ilişkili dürtüsellik puan ortalaması  $30.89 \pm 4.30$ , motor dürtüsellik puan ortalaması  $13.67 \pm 3.54$ , tasarlanmamış dürtüsellik puan ortalaması  $19.30 \pm 3.14$ , ölçek toplam puan ortalaması ise  $63.86 \pm 8.47$ 'dir. Ölçeğin

**Tablo 1.** Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı (N=126)

		Min-Max	Ort±SS
Yaş		18-60	29.53±8.20
		n	%
Cinsiyet	Erkek	117	92.9
	Kadın	9	7.1
Eğitim	Okur-yazar	6	4.8
	İlköğretim	66	52.4
	Lise	51	40.5
	Üniversite	1	0.8
	Yüksek öğretim	2	1.6
Medeni durum	Bekar	74	58.7
	Evli	35	27.8
	Boşanmış/ayrı yaşıyor	17	13.5
Boşanma/ayrı yaşama durumu madde kullanımı ile ilişkili mi?	Evet	10	58.8
	Hayır	7	41.2
Çocuk varlığı	Evet	38	30.2
	Hayır	88	69.8
Meslek	Çalışmıyor	31	24.8
	Öğrenci	5	4.0
	Memur	1	0.8
	İşçi	42	33.6
	Ev hanımı	1	0.8
	Emekli	1	0.8
	Serbest	44	35.2
Yaşanan yer	Köy/kasaba	2	1.6
	Küçük il/ilçe merkezi	53	42.1
	Metropol	71	56.3

**Tablo 2. Madde Kullanımı ve Yatış Durumuna İlişkin Verilerin Dağılımı (N=126)**

		n	%
Ailede Madde Kullanımı	Evet	14	11.1
	Hayır	112	88.9
Ailede Madde Kullanan Kişi	Kardeş	9	64.3
	Eş	1	7.1
	Baba	4	28.6
Tercih Madde	Esrar	5	4.0
	Eroin	93	73.8
	Sentetik kannabis	25	19.8
	Kokain/taş	2	1.6
	Ekstazi/hap	1	0.8
Yasal Sorun	Evet	80	63.5
	Hayır	46	36.5
Yatış İsteği	Kendi isteği	70	55.6
	Aile isteği	6	4.8
	Kendi ve aile isteği	50	39.7
Yatış Sayısı	İlk	63	50.0
	İkinci	41	32.5
	Üçüncü	8	6.3
	Dördüncü	5	4.0
	5 ve üstü	9	7.1
Tamamlamadan Taburculuk	Hiç	50	79.4
	1	9	14.3
	2	3	4.8
	4	1	1.6

alt boyutlarından en yüksek puan ortalaması dikkatle ilişkili dürtüsellik puanlarıdır ( $2.21 \pm 0.31$ ).

Hastaların yaşları, eğitim ve medeni durumu, çocuk varlığı, meslek, yaşanan yer, ailede madde kullanımı, ailede madde kullanan kişi, yasal sorun, yatış sayısı, tamamlamadan taburculuk durumlarına göre BIS 11 dikkatle ilişkili dürtüsellik, motor dürtüsellik, tasarlanmamış dürtüsellik puanları ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ( $p > 0.05$ ).

Hastaların kullandıkları tercih maddeye göre BIS 11 dikkatle ilişkili dürtüsellik puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ( $K-WX^2 = 7.399$ ;  $p = 0.025$ ). Farklılığı yaratan grubu belirlemek için yapılan ikili değerlendirmelere göre (Mann-Whitney U); kullandığı tercih madde eroin ve sentetik kannabis olan hastaların puanlarının diğer maddeleri kullanan hastaların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur (sırasıyla,  $p = 0.006$ ,  $p = 0.037$ ). Yine hastaların kullandıkları tercih maddeye göre BIS 11 motor dürtüsellik puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ( $p = 0.028$ ) ve

kullandığı tercih madde eroin olan hastaların puanları sentetik kannabis kullanan hastaların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ( $p = 0.010$ ).

Hastaların BPS Ölçeği fiziksel saldırganlık alt boyutu puan ortalaması  $14.78 \pm 7.81$  iken, sözel saldırganlık alt boyutu puan ortalaması  $9.27 \pm 3.82$ , öfke alt boyutu puan ortalaması  $13.14 \pm 5.52$ , düşmanlık alt boyutu puan ortalaması  $13.51 \pm 6.95$ , ölçek toplam puan ortalaması ise  $50.70 \pm 20.77$  olarak bulunmuştur. Hastalar en yüksek puan ortalamasını ölçeğin öfke boyutundan aldığı belirlenmiştir.

Hastaların yaşları ile BPSÖ öfke alt boyutu puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur ( $r = -0.216$ ,  $p = 0.016$ ).

Hastaların kullandıkları tercih maddeye göre; BPSÖ fiziksel saldırganlık ( $K-WX^2 = 14.651$ ;  $p = 0.001$ ), öfke ( $K-WX^2 = 7.019$ ;  $p = 0.030$ ) ve düşmanlık ( $K-WX^2 = 10.855$ ;  $p = 0.004$ ) alt boyutları puanları ve ölçek toplam puanları ( $K-WX^2 = 14.651$ ;  $p = 0.001$ ) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Fiziksel

**Tablo 3.** BIS 11 Puanları İle BPSÖ Puanları Arasındaki İlişkiler

		BIS 11				
			Dikkatle İlişkili Dürtüsellik	Motor Dürtüsellik	Tasarlanmamış Dürtüsellik	Toplam
BPSÖ	Fiziksel	r	0.015	0.350	0.192	0.225
	Saldırganlık	p	0.871	<0.001**	0.032*	0.012*
	Sözel	r	0.027	0.284	0.215	0.212
	Saldırganlık	p	0.766	0.001**	0.016*	0.018*
	Öfke	r	-0.008	0.323	0.162	0.191
		p	0.925	<0.001**	0.071	0.033*
	Düşmanlık	r	0.127	0.475	0.299	0.373
		p	0.159	<0.001**	0.001**	<0.001**
Toplam		r	0.051	0.429	0.255	0.299
		p	0.575	<0.001**	0.004**	0.001**

r: Pearson korelasyon katsayısı

BIS 11: Baratt İmpulsitive Ölçeği Ölçeği

\*p&lt;0.05

\*\*p&lt;0.01

BPSÖ: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği

saldırganlık, öfke ve düşmanlık alt boyutları ve ölçek toplam puanları açısından; kullandığı tercih madde eroin olan hastaların puanları kullandığı tercih madde sentetik kannabis olan hastaların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ( $p<0.001$ ;  $p=0.017$ ;  $p=0.003$ ;  $p=0.002$ ).

Hastaların ailelerinde madde kullanımı varlığına göre; BPSÖ düşmanlık alt boyut puanları istatistiksel olarak farklılaşmakta olup, ailelerinde madde kullanımı olan hastaların puanlarının, ailelerinde madde kullanımı olmayan hastaların puanlarından yüksek olduğu bulunmuştur ( $Z=1.959$ ;  $p=0.050$ ).

Hastaların eğitim durumu, medeni durumu, meslek, yaşanan yer, madde kullanan kişi, yasal sorun, yatış isteği, yatış sayısı, tamamlamadan taburculuk durumuna göre BPSÖ fiziksel saldırganlık, sözel saldırganlık, öfke, düşmanlık alt boyut puanları ve BPSÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Hastaların dürtüsellik ve saldırganlık ölçeklerinden aldıkları puanların ilişkileri incelendiğinde; BIS 11 motor dürtüsellik puanları ile BPSÖ fiziksel saldırganlık ( $r=0.350$ ,  $p<0.001$ ), sözel saldırganlık ( $r=0.284$ ,  $p=0.001$ ), öfke, düşmanlık ( $r=0.475$ ,  $p<0.001$ ) ve BPSÖ toplam puanları ( $r=0.429$ ,  $p<0.001$ ) arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur.

Hastaların BIS 11 tasarlanmamış dürtüsellik

puanları ile BPSÖ fiziksel saldırganlık ( $r=0.215$ ,  $p=0.016$ ), sözel saldırganlık ( $r=0.215$ ,  $p=0.016$ ), BPSÖ toplam ( $r=0.255$ ,  $p=0.004$ ) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde zayıf ilişkiler bulunmuşken, öfke alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

BIS 11 dikkatle ilişkili dürtüsellik puanları ile BPSÖ fiziksel saldırganlık, sözel saldırganlık, öfke, düşmanlık alt boyut puanları ve BPSÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Hastaların BIS 11 toplam puanları ile BPSÖ fiziksel saldırganlık ( $r=0.192$ ,  $p=0.032$ ), sözel saldırganlık ( $r=0.212$ ,  $p=0.018$ ), öfke ( $r=0.191$ ,  $p=0.033$ ) ve düşmanlık ( $r=0.373$ ,  $p<0.001$ ) alt boyut puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Hastaların BIS 11 toplam puanları ile BPSÖ toplam puanları arasında da pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki ( $r=0.299$ ,  $p=0.001$ ) olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

## TARTIŞMA

Madde bağımlılarında dürtüsellik ve saldırganlığın incelendiği bu çalışma; bu tanı grubu için dürtüsellik ve saldırganlık çok boyutlu bir yapıda ele alması, sosyodemografik ve madde kullanım özelliklerine göre değerlendirmesi açısından literatüre katkı sağlayacaktır. Örneklem grubundaki

madde bağımlılarında dürtüsellik düzeyi  $63.86 \pm 8.47$ 'dir ve en yüksek dürtüsellik puanı ise dikkatle ilişkili dürtüsellik alt boyutundan alınmıştır. Kuştepe ve ark. (2019)'nın çalışmasında madde kullanım bozukluğu olan grubun dürtüsellik seviyesinin sağlıklı kontrol grubundan daha yüksek olduğu (7); Ersche ve ark. (2010) madde bağımlılarının Barratt dürtüsellik ölçeğinin tüm alt boyutlarında sağlıklı örnekleme oranla daha yüksek puan aldığı bildirilmiştir (30). Bipolar bozukluk tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların toplam dürtüsellik puanlarının kontrol grubuna oranla anlamlı düzeyde yüksek olduğu ve en yüksek alt ölçek puanını dikkatle ilişkili dürtüsellikten aldıkları bulunmuştur (31). Alkol ve eroin bağımlıları ile yapılan bir diğer çalışmada ise toplam dürtüsellik puanları sağlıklı gruba göre her iki grupta yüksek bulunurken, hastalar kendi grupları içinde en yüksek puanlarını tasarlanmamış dürtüsellikten almıştır (25). Bu çalışmanın bulguları önceki çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Hastaların kullandıkları tercih maddeye göre motor dürtüsellik puanları istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaşmaktadır. Kullandığı tercih madde eroin olan hastaların puanlarının sentetik kannabis kullanan hastaların puanlarından düşük olduğu bulunmuştur. Benzer olarak, Bond ve ark (2004) MDMA (ekstasy) kullananların motor dürtüsellik puanlarının diğer madde kullanıcılarından daha yüksek olduğunu belirlemiştir (32). Cservenka ve Ray (2017) metformin kullanan bağımlılarla yaptıkları çalışmada dürtüsellik biçimlerinin kullanılan madde ile ilişkisini anlamının, önleyici çalışmaların spesifik özelliklerinin tanımlanmasında önemli olabileceğini belirtmişlerdir (6).

Hastaların hastaneye yatış istediğine göre dikkatle ilişkili dürtüsellik ve motor dürtüsellik puanları anlamlı farklılık göstermektedir. Aile isteği ile yatışı gerçekleşen hastaların puanlarının kendi isteği ile ve hem kendi hem de aile isteği ile yatışı gerçekleşen hastaların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Alkol ve madde bağımlılığının karşılaştırıldığı çalışmalarda madde bağımlılarının baş etme yöntemlerinde yetersizlik olduğu (33) ve tedaviyi daha çok yarıda bıraktıkları (34) göz önünde bulundurulduğunda ailenin isteği

ya da baskısı ile AMATEM servislerinde yatan hastaların tedavi motivasyonunun düşük olabileceği ve bu durumun da dürtüsel davranışları etkileyebileceği söylenebilir. Gıynaş ve ark. (2019), alkol-madde kullanım bozukluğu olan ve kendi isteği ile yatışı yapılan hastalarda tedaviye yarım bırakmada BIS-11 dürtüsellik ölçeği toplam puanının etkin olduğunu bulmuşlardır (35). Bulgular bir arada değerlendirildiğinde tedaviyi bağımlılarda tedavi etkinliğinin artırılmasında dürtüsellik ele alınmasının gerekli olduğu söylenebilir.

Madde bağımlılığında saldırganlık düzeyi  $50.70 \pm 20.77$  olup, en yüksek puanı öfke alt boyutundan almışlardır. Bozkurt (2013), alkol ve eroin bağımlılarında saldırganlık puanlarını sağlıklı gruba göre yüksek bulunurken, en yüksek puanı düşmanlıktan alt boyutundan alındığını bulmuştur (25). Yapılan bir çalışmada detoks dönemini tamamlayan kokain bağımlılarında fiziksel saldırganlık puanları diğer alt boyut puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur (36). Bulgular daha önce yapılmış çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmada kullanılan tercih madde eroin olan hastaların BPSÖ öfke ve düşmanlık alt boyutları ve ölçek toplam puanlarının kullandığı tercih madde sentetik kannabis olan hastaların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur. Alkol ve eroin bağımlılığında dürtüsellik ve saldırganlığın değerlendirildiği bir çalışmada alkol bağımlılarında saldırganlığın düşmanlık alt boyut puanları, dürtüsellik motor dürtüsellik alt boyut puanları yüksek bulunurken, eroin bağımlılarında fiziksel saldırganlık alt boyutu ve tasarlanmamış dürtüsellik alt boyut puanları sağlıklı kontrol grubuna göre farklılık göstermiştir (25). Ögel'in 2010'da yayınladığı kitabında tercih maddenin rastgele seçilmediği (37), Gönüllü, Hacıoğlu ve Tarlacı (2002) ise öfke ve saldırganlığa karşı eroin ve türevlerinin, çökkün duygu durumunda ise uyarıcıların kullanıldığı belirtilmiştir (38). Literatürde düzenli sentetik kannabinoid (sentetik kannabis) kullanımının diğer maddelerin kullanımında olduğu gibi kognitif işlevlerin bozulmasına yol açtığı (39), esrar, sentetik esrar ve karışık madde kullanan hastaların tedaviyi tamamlama ve remisyon sürelerinin düşük olduğu ve

tedaviyi yarım bırakanların öfke kontrolü düşük olan hastalar olduğu belirtilmiştir (40). Bu çalışmanın bulgusu ile önceki bulgular birlikte ele alındığında; madde tercihinin dürtüsellığe bağlı saldırganlık düzeyi ile ilişkili olduğu, hastaların sentetik kannabinoidleri tercih etmelerinde ucuz, kolay ulaşılabilir olmasının yanında öfke ve dürtüsellik düzeylerinin yüksek olmasının da önemli bir faktör olabileceği söylenebilir.

Çalışmamızda yaş ile BPSÖ öfke alt boyutu puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Bulguya göre yaş arttıkça öfke düzeyi azalmaktadır. Benzer olarak Schieman'ın (1999), Phillips ve ark. (2006)'nın araştırmalarındaki bulgular öfke göstergelerinin yaşla birlikte azaldığı yönündedir (41,42).

Hastaların ailelerinde madde kullanımı varlığına göre; BPSÖ düşmanlık alt boyut puanları istatistiksel olarak farklılaşmaktadır. Ailelerinde madde kullanımı olan hastaların puanlarının, ailelerinde madde kullanımı olmayan hastaların puanlarından yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada ebeveynlerinde madde bağımlılığı öyküsü olan çocuklarda davranış bozukluğu görülme olasılığı yüksek olduğu (43) ve ebeveyn tutumları ile madde bağımlılığının ilişkili olabileceği bildirilmiştir. Türkiye'de ergenlerle yapılan araştırmada ilgisiz izin verici ve baskıcı ebeveynlerin çocuklarında madde bağımlılığı gelişme riskinin yüksek olduğu ve baskıcı otoriter ve izin verici- ilgisiz babalarda uyuşturucu madde kullanımının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (44). Literatürde aile içinde fiziksel ya da psikolojik şiddete maruz kalan çocuğun içselleştirdiği öfke, korku ve depresif duyguların yetişkinlikte sergilediği davranışlarına yansıdığı bildirilmiştir (45). Ünlü ve Evcin'in (2014) aktardığına göre, sağlıklı ebeveyn ergen ilişkisinin ve takibinin, ailenin olumlu rol model olmasının, madde kullanımında koruyucu olabileceği ve hatta olumsuz akran etkisini de azalttığına ilişkin çalışmalar bulunmaktadır (46). Çalışma bulgusu ile literatür birlikte değerlendirildiğinde; ailede varolan madde bağımlılığı öyküsünün genetik yatkınlığın yanı sıra, ailenin dinamiklerini olumsuz etkileyebileceği, çocukla kurulan ilişkinin

bozulmasına neden olabileceği ve madde bağımlılığı için risk oluşturabileceği düşünülebilir.

Hastaların BIS 11 motor dürtüsellik puanları ile BPSÖ fiziksel saldırganlık, sözel saldırganlık, öfke ve düşmanlık alt boyutları ve BSÖ toplam puanları, BIS 11 tasarlanmamış dürtüsellik puanları ile fiziksel saldırganlık, sözel saldırganlık, düşmanlık alt boyut puanları ve BSÖ toplam puanları arasında, BIS 11 toplam puanları ile BSÖ fiziksel saldırganlık, sözel saldırganlık, öfke, düşmanlık alt boyut puanları ve BSÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Remisyon döneminde takip edilen bipolar bozukluk tanılı hastaların dürtüsellığe bağlı sözel ve fiziksel saldırganlık, öfke, düşmanlık ile ilgili sorunlarının devam ettiği, bu durumun tedavi motivasyonunu etkilediği ifade edilmiştir (47). Literatürde dürtüsellüğün yüksek olduğu unipolar ve bipolar hastalarda (48), alkol bağımlılığı tanılı depresif hastalarda (49) intihar olasılığının yüksek olduğu ile ilgili bulgular bulunmaktadır. Sigara içen ve sigara içmeyen yetişkin erkek öğrencilerle yapılan çalışmada sigara içenlerin dürtüsellik ve saldırganlık puanları sigara içmeyenlerden yüksek bulunmuştur (50). Kokain bağımlıları ile maddeye özlem, dürtüsellik ve saldırganlık ilişkisini incelemek amacı ile yapılan çalışmada dürtüsellik ve saldırganlığın maddeye özlemden bağımsız olarak yüksek olduğu bulunmuştur (36). Sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında; alkol bağımlılarında saldırganlığın düşmanlık alt boyutu, dürtüsellüğün motor dürtüsellik alt boyut puanları yüksek bulunurken, eroin bağımlılarında fiziksel saldırganlık alt boyutu ve tasarlanmamış dürtüsellik alt boyut puanları sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı farklılık göstermektedir (25). İngiltere'de üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada; yüksek dürtüsellüğün yetersiz sosyal problem çözme yetisi ile ilişkili olduğu ve yetersiz sosyal problem çözmenin ise saldırganlıkla ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (51). Bu çalışmanın bulguları ile önceki çalışmalar paralellik göstermektedir. Bu sonuç doğrultusunda klinik ortamda hastaların dürtüsel davranışlarına yönelik girişimlerinin hem dürtüsel hem de saldırgan davranışların önlenmesinde anlamlı olabileceği söylenebilir.



## Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın sınırlılıklarından biri araştırmanın yapıldığı dönemde hastaneye yatan erkek hasta sayısının tüm hastaların %92,9'unu oluşturması nedeniyle cinsiyete göre değerlendirme yapılamamış olmasıdır. Araştırmanın bir diğer sınırlılığı ise, örneklem grubunda sağlıklı bir kontrol grubunun bulunmasıdır.

## SONUÇ

Sonuç olarak; madde bağımlılığında en yüksek dürtüsellik puanı dikkatle ilişkili dürtüsellik puanlarıdır. Yaş ile dürtüsellik arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuşken, hastaların yatış isteğine ve kullanılan tercih maddeye göre dürtüsellik puanları farklılaşmaktadır. Madde

bağımlılığında saldırganlık boyutlarından en yüksek puanı öfke alt boyutundan almışlardır. Madde bağımlılığında yaş ile saldırganlığın sadece öfke alt boyut puanları ilişkilidir. Madde bağımlılığında tercih madde ile saldırganlık puanları farklılaşmakta olup, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Madde bağımlılığında dürtüsellik ile saldırganlık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Hastaların dürtüsellik puanları ile saldırganlık puanları birlikte yükselmektedir ve dürtüsellikle saldırganlık arasındaki ilişki nedensellik ifade etmemektedir.

Yazışma Adresi: Doç. Dr., Semra Karaca, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği AD, İstanbul, Türkiye scaraca@marmara.edu.tr

## KAYNAKLAR

- Schreiber L, Grant JE, Odlaug BL. Emotion regulation and impulsivity in young adults. *J Psychiatr Res* 2012; 46:651–658.
- Kurupınar A. Ortaöğretim Öğrencilerinde Görülen Madde Bağımlılığı Alışkanlığı ve Yayımlığı (Bartın İli Örneği). GÜ Eğitim Bilimleri Enstitüsü Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. 2012.
- Yazıcı K, Yazıcı AE. Dürtüsellüğün nöroanatomik ve nörokimyasal temelleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010; 2:254-280.
- Gvion Y, Apter A. Aggression, impulsivity, and suicide behavior: a review of the literature. *Arch Suicide Res* 2011;15:93–112.
- Moeller FG, Dougherty DM, Barratt ES, Schmitz JM, Swann AC, Grabowski. The impact of impulsivity on cocaine use and retention in treatment. *J Subst Abuse Treat* 2001; 21:193-198.
- Cservenka A, Ray LA. Self-reported attentional and motor impulsivity are related to age at first methamphetamine use. *Addict Behav* 2017;65:7-12.
- Kuştepe A, Kalenderoglu A, Çelik M, Bozkurt EK, Orum MH, Uguz S. Evaluation of impulsivity and complex attention functions of subjects with substance use: Sample from Adiyaman province. *Med Sci* 2019;( ):xxx. doi:10.5455/med-science.2018.07.8917.
- Vuchinich RE, Tucker JA. Contributions from behavioral theories of choice to an analysis of alcohol-abuse. *J Ab Psychology* 1988;97:181–195.
- Koob GF. Drug addiction: the yin and the yang of hedonic homeostasis. *Neuron* 1996; 16:893–896.
- Miller L. Predicting relapse and recovery in alcoholism and addiction: neuropsychology, personality, and cognitive style. *J Subst Abuse Treat* 1991;8:277–291.
- Butler GKL, Montgomery AMJ. Impulsivity, risk taking and recreational 'ecstasy' (MDMA) use. *Drug Alcohol Depend* 2004; 76:55–62.
- Özdemir GP, Selvi Y, Aydın A. Dürtüsellik ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2012;4:293-314.
- Kirby KN, Petry NM. Heroin and cocaine abusers have higher discount rates for delayed rewards than alcoholics or non-drugusing controls. *Addiction* 2004;99:461-471.
- Perry JL, Carroll ME. The role of impulsive behavior in drug abuse. *Psychopharmacology* 2008;200:1-26.
- De Wit H. Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: a review of underlying processes. *Addict Biol* 2009;14:22-31.
- Bechara A, Dolan S, Denburg N, Hinds A, Anderson SW, Nathan PE. Decision making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers. *Neuropsychologia* 2001;39:376-389.
- Hester R, Garavan H. Executive dysfunction in cocaine addiction: evidence for discordant frontal, cingulate, and cerebellar activity. *J Neurosci* 2004;24:11017-11022.
- Güleç H, Tamam L, Yazıcı Güleç M, Turhan M, Karakuş G, Zengin M, Stannford MS. Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11 (BIS-11)' nin Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. *Psychometric properties of Turkish version of BIS-11. Bull Clin Psychopharmacol* 2008; 18:251–258.
- Arslan C, Adıgüzel G. Investigation of university students' aggression levels in terms of empathic tendency, self-compassion and emotional expression. *EU-JER* 2018;5:46-52.
- Ramirez JM, Adreu A. Aggression, and some related psychological constructs (anger, hostility, and impulsivity); some comments from a research project. *Neurosci Biobehav Rev* 2006; 30:276-91.

21. Roozen, HG, Van de Wetering BJM, Franken IHA. Does alcohol craving mediate the impulsivity-aggression relationship in recently detoxified alcohol-dependent patients? *Am J Drug Alcohol Ab* 2013;39:57-60.
22. Uysal S. Akut Psikiyatri Servislerinde Fiziksel Agresyon Riskinin Tanılanması. İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. 2014.
23. Coccaro EF, Fridberg DJ, Fanning JR, Grant JE, King AC, Lee R. Substance use disorders: Relationship with intermittent explosive disorder and with aggression, anger, and impulsivity. *J Psychiatr Res* 2016;81:127-132.
24. Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. *J Pers Soc Psychol* 1992;63:452-459.
25. Bozkurt M, Evren C, Yılmaz A, Can Y, Cetingok S. Aggression and impulsivity in different groups of alcohol and heroin dependent inpatient men. *Klin Psikofarmakol B* 2013; 23:335-44.
26. Güleç H, Ayaktan başvuruda bulunan alkol kötüye kullanan erkek hastalarda impulsivite - bir ön çalışma. *Yeni Symposium* 2010;48:102-109.
27. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* 1995; 51:768-774.
28. Evren C, Cinar O, Celik S, Evren B. Reliability and validity of Turkish version the Buss-Perry's Aggression Questionnaire in male alcohol dependent inpatients. *Düşünen Adam- Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2011;24:283-295.
29. Bilici R, Sercan M, Evren Turan A. Psikiyatrik hastalarda saldırganlık ve saldırgan hastaya yaklaşım. *Düşünen Adam- The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2013;26:190-198.
30. Ersche KD, Turton AJ, Pradhan S, Bullmore ET, Robbins TW. Drug addiction endophenotypes: impulsive versus sensation-seeking personality traits. *Biol Psychiatry* 2010; 68:770-773.
31. Güleç H, Tamam L, Usta H, Saygılı İ, Yazıcı M, Zengin M, Karakuş G. Bipolar bozuklukta dürtüsellik. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2009;10:198-203.
32. Bond AJ, Verheyden SL, Wingrove J, Curran HV. Angry cognitive bias, trait aggression and impulsivity in substance users. *Psychopharmacology* 2004; 171:331-339.
33. Saatçioğlu Ö, Yapıcı A, Çiğirli G, Üney R, Çakmak D. Yatarak tedavi gören bağımlı hastalarda nüsn değerlendirilmesi. *Bağımlılık Derg* 2007;8:133-137.
34. Vardar E, Sönmez B, Şıpka H, Karaca E. Bağımlılık tedavisini terk nedenlerinin değerlendirilmesi. *Bağımlılık Derg* 2015; 16:70-77.
35. Gıynaş FF, Kızalkurt ÖK, Taştekin N, Kırşavoğlu B, Akçay G, Bilici OR. Alkol-madde kullanım bozukluğu olan hastalarda tedaviyi yarı bırakmanın yordayıcıları olarak mizaç ve karakter profilleri ve dürtüsellik. *Çukurova Med J* 2019;44:59-65.
36. Roozen HG, Kroft P, Franken IHA, Marle HJ. The impact of craving and impulsivity on aggression in detoxified cocaine-dependent patients. *J Subst Abuse Treat* 2011; 40:414-418.
37. Ögel K. Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme. İstanbul, Yeniden Yayınları, 2010, pp.3-16.
38. Gönüllü GO, Hacıoğlu M, Tarlacı N. Ego psikolojisi ve madde bağımlılığı. *Düşünen Adam Dergisi* 2002;15:104-107.
39. Saaman J, Ferrer GF, Akinyemi B, Junquera P, Oms J, Dumenigo R. Synthetic cannabis overdose and withdrawal in a young adult: a case report, commentary on regulation, and review of the literature. *Case Reports in Psychiatry* 2016;7:1-7.
40. Sancak B, Özer Ü, Özgen G, Uzun U. Bir akut psikoz kliniğinde yatan erkek hastalarda psikoaktif madde kullanımı ve klinik değişkenler üzerine etkisi. *Bağımlılık Derg* 2014;15:72-167.
41. Schieman S. Age and anger. *J Health Soc Behav* 1999; 40:3:273-289.
42. Phillips LH, Henry JD, Hosie JA, Milne AB. Age, anger regulation and well-being. *Aging and Ment Health* 2006;10:250-256.
43. Osborne C, Berger LM. Parental substance abuse and child well-being: a consideration of parents' gender and coresidence. *J Fam Issues* 2009; 30:341-370.
44. Ulusoy MD, Demir NÖ, Baran AG. Ebeveynin çocuk yetiştirme biçimi ve ergen problemleri: Ankara İli Örneği. *TEBD* 2005;3:367-386.
45. Vahip I. Evdeki şiddet ve gelişimsel boyutu: farklı bir açıdan bakış. *Türk Psikiyatri Derg* 2002;13:312-319.
46. Ünlü A, Evcin U. 2008 ve 2010 yılları arasında İstanbul Bağcılar ilçesinde gençler arasında madde kullanım yaygınlığı, risk ve koruma faktörlerinin değerlendirilmesi. *AUSBD* 2014; 14:127-140.
47. Johnson SL, Carver CS. Emotion-relevant impulsivity predicts sustained anger and aggression after remission in bipolar I disorder. *J Affect Disord* 2016;189:169-175.
48. Perroud N, Baud P, Mouthon D, Courtet P, Malafosse A. Impulsivity, aggression and suicidal behavior in unipolar and bipolar disorders. *J Affect Disord* 2011;134:112-118.
49. Jakubczyk A, Klimkiewicz A, Wochowska AT, Serafin P, Mazuryk JS, Pyziol JP, Brower KJ, Wojnar M. Relationships of impulsiveness and depressive symptoms in alcohol dependence. *J Affect Disord* 2012; 136:841-847.
50. Zaidi U. A comparison of aggression and impulsivity between smokers and non-smokers. *EMHP* 2014;7:42-45.
51. McMurrin M, Blair M, Egan V. An investigation of the correlations between aggression, impulsiveness, social problem-solving, and alcohol use. *Aggress Behav* 2002;28:439-445.

# The comparison between the socio-demographic characteristics and the problematic internet use between gamblers and non-gamblers among university students

*Üniversite öğrencilerinde sosyodemografik özellikler ile problemlı internet kullanımının kumar oynayanlar ve oynamayanlar arasındaki karşılaştırması*

Mehmet Çakıcı<sup>1</sup>, Yağmur Fırat<sup>2</sup>, Asra Babayiğit<sup>2</sup>, Meryem Karaaziz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Prof., <sup>3</sup>Assis. Prof., Near East University, Arts And Science Faculty, Department Of Psychology, Lefkosa, Cyprus

<sup>2</sup>Clin. Psych., Special Education and Rehabilitation Center, Adiyaman-Turkey <https://orcid.org/0000-0002-8534-3592>  
<https://orcid.org/0000-0002-7043-183X><https://orcid.org/0000-0003-2102-3175><https://orcid.org/0000-0002-0085-612X>

## SUMMARY

**Objective:** The purpose of this study is to investigate the differences between the socio-demographic characteristics and the problematic internet use (PIU), and between problem and pathologic gamblers (PPG) and non-problem gamblers (NPG). **Method:** The study was administered to 299 Near East University psychology students in April-May 2015. The questionnaire includes a socio-demographic form, South Oaks Gambling Screening Scale (SOGS) and Problematic Internet Usage Scale (PIUS). Descriptive, chi-square, t-test and Pearson correlation statistical methods were used. **Results:** According to the study more than half of the PPG participated in gambling on the Internet. Moreover, men tended to gamble more than women. It is also found that single and high income level participants are gambling more frequently. Students attending university for more than 5 years were found to have more PPG. However, this study shows that problem and pathological gambling is seen more prevalent among students who have high income level. In this study, it is illustrated that the highest frequency of gambling occurs at casinos (77.7%), which is followed closely by betting offices (70.8%). It is also observed that gambling on games such as horse-racing and dog-racing were seen higher in people with PPG. **Discussion:** PIU has been seen as one of the leading causes of PPG. These studies showed that university students who had PIU were more prone to PPG problems. In order to prevent the inter-related problems of PPG and PIU, effective public health policies, awareness and consciousness programs are needed.

**Key Words:** Problematic Internet Use, Problem Gambling, Pathological Gambling, University Students

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, sosyo-demografik özellikler ile problemlı internet kullanımı (PIK) ile problemlı ve patolojik kumarbazlar (PPK) ile problemsiz kumarbazlar arasındaki farkları incelemektir. **Yöntem:** Çalışma Nisan-Mayıs 2015'te 299 Yakın Doğu Üniversitesi psikoloji öğrencisine uygulanmıştır. Anket, sosyodemografik form, South Oaks Kumar Taraması Ölçeği ve Problemlı İnternet Kullanımı Ölçeğini içermektedir. Tanımlayıcı istatistikler, ki-kare, t testi ve Pearson korelasyon istatistik yöntemleri kullanılmıştır. **Bulgular:** Çalışmaya göre, PPK'ın yarısından fazlası internette kumar oynamışlardır. Bunun yanında, erkekler kadınlardan daha fazla kumar oynama eğilimindedirler. Ayrıca, bekar, 5 yıldan uzun bir süredir üniversiteye devam eden ve yüksek gelir seviyeli katılımcıların daha sık kumar oynadığı tespit edilmiştir. Bununla birlikte, bu çalışma yüksek gelir seviyesine sahip öğrencilerde problem ve patolojik kumarın daha yaygın olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada en yüksek kumar oynama sıklığının kumarhanelerde (% 77,7) olduğu ve bunu yakından takip eden bahis ofisleri (% 70,8) olduğu görülmektedir. PPK bulunan bireylerde at yarışı ve köpek yarışı gibi oyunlarda kumarın daha yüksek olduğu görülmüştür. **Sonuç:** PIK, PPK'nın önde gelen nedenlerinden biri olarak görülmüştür. Bu çalışma, PIK olan üniversite öğrencilerinin PPK sorunlarına daha yatkın olduğunu göstermiştir. PPK ve PIK'in birbiriyle ilişkili sorunlarını önlemek için, etkili halk sağlığı politikaları ve bilinçlendirme programlarına ihtiyaç vardır.

**Anahtar Sözcükler:** Problemlı İnternet Kullanımı, Problemlı Kumar, Patolojik Kumar, Üniversite Öğrencileri

(*Turkish J Clinical Psychiatry* 2020;23:34-42)

DOI: 10.5505/kpd.2020.93685

## INTRODUCTION

Problem Gambling is referred to the patterns of gambling behaviors which disrupt the social, personal, economic and family lives of the gamblers (1). Investigation of problem gambling (pg) prevalence studies illustrates that severe gambling problem is affecting approximately 1% of the world's population (2). The term 'pathological gambling'(Pg) is similar to severe pg (3). The definition of pg was found first in Harvard Medical Letters in the early 1800s (4). Pg was recognized as an official impulse control disorder in DSM-III (5). According to DSM-IV-TR, diagnosis of the Pg needs to meet at least 5 of 10 criteria. However, in order to be classified under the category of Pg, five symptoms decreased to four symptoms, which are set as the criteria in DSM V. These symptoms include; an increasing needs to gamble, requiring more money to gamble, and irritable behavior if not allowed to gamble. Pg is placed under the title of "Substance Abuse and related Addiction Disorders" in the DSM-V (6).

Internet gambling is seen as an increasing trend among university students (7-9). As the pathological gamblers tend to begin gambling activities at younger ages (10), university students are seen as a high risk group for pg (11,12). Gambling to serve a psychological need (13,14) and to earn income (15,16) increases the likelihood of pg. Gambling problems were previously thought to be unique to adult males (17). However, in recent years, women and young people also found to gamble more frequently after gambling was legalized in some countries (18,19). Moreover, being single, unemployed (20,21) and having low socio-economic status (22) are also found as risk factors for gambling. It is also seen that pg is usually higher among minorities and migrant societies (23,24).

Looking at the studies of the Pg, prevalence ratios seem to be between 1-3% of the adult population (1,25). In the United States, Canada, Australia and New Zealand prevalence studies were conducted and the prevalence of Pg was found to be 0.42 to 4% (20,26-28). According to global statistics, the problematic gambling is more prevalent among Asian Countries, North America and Australia (3).

In some special communities (29-32) there are extremely high prevalence rates whereas the ratios of European countries had lower. Shaffer and Halls (33) found the prevalence of Pg among youth population in North America to be between 4.4% and 7.4%. The Pg ratios among adolescents (5.0%) in the United States were found to be more than three times that of the adult population (1.5%) (34). Studies show that internet gambling is seen intensively among university students (35-37). It has been also found that the problem and Pg in NC have increased rapidly in recent years and with the pathological prevalence of 3,8%, especially internet gambling is seen as a growing problem among young people (29,38).

Besides gambling addiction, dependency covers many areas such as drugs, eating, sex and technological addiction (39). Dependence on technology includes media addiction, TV addiction, cell phone addiction, computer addiction and Internet addiction. The Internet is an important communication and information sharing tool in home and business environments, which contains many activities that change our everyday lives (40). Internet addiction is defined as the inability to control reviewing and using the Internet for a long time (41). The concept of Internet addiction has been assigned different concept names by different researchers and clinicians. These concepts are "Internet dependency" (42), "pathological Internet use" (43), "problematic Internet use" (PIU) (25), "Internet abuse" (43), "Internet addiction Disorder" (44) and so on. Internet is very important in today's modern life and therefore it cannot be removed; hence, solutions should be found to reduce dependency on the Internet (45).

Studies show that PIU is correlated with PPG (46-48). Internet gambling has significantly affected the way things are done, as many people have direct access to the Internet on a daily basis (46). Derevensky (47) stated that those who have never gambled before tended to gamble less on the Internet. However, it is also found that PPG people tended to use the Internet more for gambling games and it is possible to provide a relation between PPG and PIU (49). The aim of this study was to determine sociodemographic differences by comparing PPG with NPG, and also to investigate

the relationship between PIU and PPG.

## METHOD

### Participants

This study was applied to the psychology university students in Near East University in April-May 2015. The sample among the university students were selected in randomized sampling method. There were 900 students in the psychology department. One person in three was added to study according to the sequence numbers of the students in the classroom. All of the classes (including 1st, 2nd, 3rd and 4th) added to the study. The study included 299 students and the questionnaires were applied to the students by the researcher in approximately 20 minutes. After detailed information was given to the participants, they were asked to sign a consent form signalling their agreement to participate in the study. The study was approved by the Social and Science Institute Ethical Board at the Near East University of NC and was conducted according to the ethical standards laid down in the 1964 Declaration of Helsinki and its later amendments.

### Instruments

*Survey Form:* For the collection of the data, a demographic questionnaire prepared by the researcher which contains two parts as questions including socio-demographic information as the participant's age, gender, place of birth, education, social support and living place in the first part and questions of properties related to the amount, place and time of Internet usage and social networking site features in the second part, the Turkish version of the Revised South Oaks Gambling Screen (SOGS) (50) and Problematic Internet Use Scale (PIUS) (51) were used.

*The South Oaks Gambling Screen (SOGS):* SOGS was developed by Lesieur and Blume (52) and for the Turkish version, the reliability and the validity of this study was conducted by Duvarcı and Varan (50). The Original SOGS form includes 44 questions: 20 of these questions were used to create the

Index which is a 20-point scale based on DSM-III Pg criterias. The "Yes" response is scored as 1, and the "No" answers are scored as 0. At the end, question scores were added together to create an overall Index. "Possible Pg" SOGS is indicated by 5 or more points and "problem gambling" SOGS is indicated by either 3 or 4 points. The Turkish version of the SOGS consists of 17 out of the 20 original form items and culturally related two items were added where the cut off score for 'Possible Pg' was indicated as 8 (53).

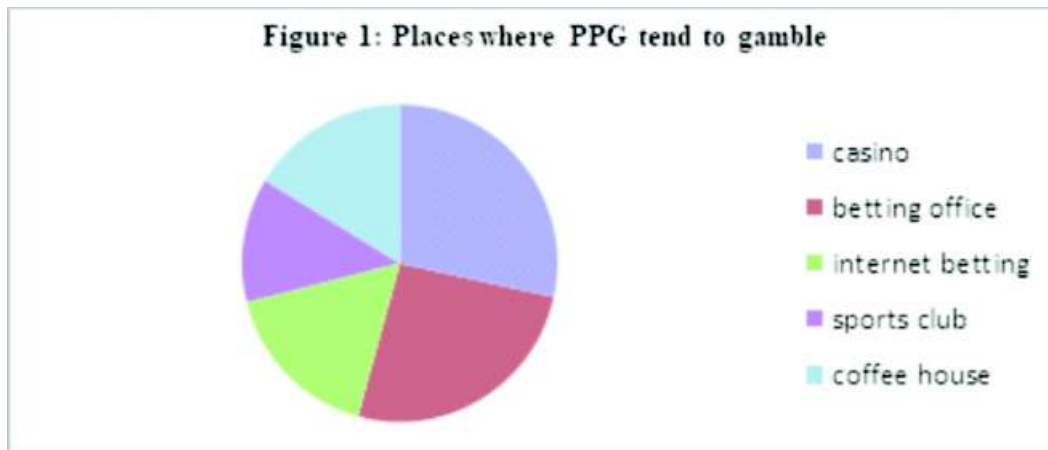
*The Problematic Internet Use Scale (PIUS):* PIUS has been developed to measure the levels of problematic Internet use among the university students. Scale consists of 33 items ranging from "completely appropriate" to "not appropriate". It is a five point scale. Points taken from the scale can vary between 33 and 165. The scale consists of three subscales where these three factors are listed as "the negative consequences of the Internet", "social benefit/social comfort" and "overuse". The score range of PIUS varies between 33 and 165, and the high scores on the scale indicate that an individual's internet usage is unhealthy, may affect their lives negatively and may create tendency to internet addiction (51).

### Data Analysis

Comparison of socio-demographic characteristics of the participants who diagnosed with PPG (SOGS score  $\geq 3$ ) and those NPG (SOGS score  $\leq 2$ ) were analyzed by descriptive and chi-square statistical methods. The mean of PIUS scores and SOGS scores of PPG and NPG groups were compared by the t-test analysis accordingly. The relationship between PIUS and SOGS scores of the PPG and NPG groups were examined by the Pearson correlation analysis.

## RESULTS

In the present study 107 female and 192 male were accepted to complete the questionnaire. Out of 299 participants 259 were born in Turkey, 29 were born in Cyprus and 11 were born in other countries. The mean age of these students were 22.96. According to this study, it has been found that men



gamble more than women do and also it is shown that, the majority of the both groups including people mainly coming from Turkey. Moreover in terms of marital status, it is seen that most of the gamblers from both groups were single. It is also found that those who earn more and who spent 5 years or more at university tended to gamble more. Therefore, when this is correlated with the performance in the class it has been found out that, those who has PPG tended to get a low mark in lessons (Table 1). Also, it is found out that PPG tended to gamble mostly football-horseracing-dog games. Moreover PPG tended to use cash money rather than credit cards while gambling and PPG also tended to play Okay for money, dice games, betting on cockfighting, lotteries and sport toto games in comparison to NPG.

According to the study results it is also found that PPG played the scratch-off games, national lottery game and bet on stock market more than non-gamblers. It is observed that 55.6% of the PPG played scratch-off games whereas the ratio in NPG is 31.3%. Also, it is found out that 59.7% of the PPG played the national lottery game whereas the ratio in NPG is again lower, 31.7%. At the same time, the results for bets on stock markets shows that the ratio for PPG is 32% and for NPG is 11%. In this study, PPG (72.2%) has played more games in the casinos and gambling games on internet compared to NPG (21.6%). It is recognized that PPG have a positive relationship with playing betting games online. PPG (55.6%) has seemed to bet more frequently on the internet than NPG (15.9%). PPG has seemed to play more frequently on the Internet either with money or without money than NPG. 47.2% PPG has played more fre-

quently on the Internet with money compared to NPG (11.9%).

Results also showed that, PPG has played more in casinos (77.7%) and betting offices (70.8%) more than NPG (18.1% and 27.8%, respectively). PPG found to play betting on Internet games, in sports clubs and in coffee house more than NPG. 45.8% of the PPG has played betting on Internet games whereas this ratio for NPG was 11.4%. Moreover, 44.5% of the PPG seem to play betting in coffee house whereas this ratio for NPG was 7%. 34.7% of the PPG has played gambling in sport clubs whereas this ratio for non-gamblers was 6.1% (Figure 1).

Both PPG and NPG groups were found to be over 22 years of age. PPG tended to invest more money in gambling in a day compared to non-gamblers. However, the amount of money that was invested by PPG was significantly higher than those invested by NPG. Moreover, PPG has preferred different places in comparison with NPG. The most popular place to bet has been discovered as home in both groups. In addition to this, PPG were found to play more different types of games on Internet compared to NPG. PIUS total score ( $t=4.666, p=0.00$ ) and PIUS social benefits, social comfort ( $t=5.187, p=0.070$ ) and internet negative consequences ( $t=4.141, p=0.00$ ) subscale scores found to be higher among PPG compared with NPG (Table 2). It is found that, there is a weak relationship in a positive direction between SOGS total scores and PIUS subscale scores. When the SOGS total score increases, PIUS total score, PIUS social benefits, social comfort subscale and PIUS negative consequences subscale scores increase (Table 3).

**Table 1.** Demographic of PPG (SOGS score  $\geq 3$ ) and NPG (SOGS score  $\leq 2$ ) in North Cyprus.

Demographic variables	SOGS score? 3 (n=227) %	SOGS score ?2 (n=72) %	$\chi^2$	p
Gender				
Female	11.1	43.6	25.127	0.000**
Male	88.9	56.4		
Birth Place				
Cyprus	1.4	10.6	9.033	0.020*
Turkey	93.1	85.5		
Britain	1.4	0.0		
Other	4.2	4.0		
Marital Status				
Married	2.8	1.3	12.266	0.031*
Engaged	1.4	4.4		
Single	90.3	93.8		
Divorced	1.4	0.0		
Widow	2.8	0.0		
Monthly Income				
No income	51.4	62.1	25.127	0.000**
1560-3000 TL	37.5	33.5		
3000 TL and more	11.1	4.4		
Academic Performance				
Very Good	11.1	22.5	17.884	0.001**
Good	23.6	40.1		
Normal	56.9	31.7		
Bad	6.9	5.3		
Very Bad	1.4	0.4		
Enrolled at university				
1 year	19.4	25.6	11.536	0.021*
2 year	9.7	22.0		
3 year	19.4	16.7		
4 year	15.3	15.9		
5 year	36.1	19.8		
Newly started	5.6	11.5	12.269	0.015*
Passed from all courses	38.9	53.3		
Failed in some courses	25.0	16.7		
Postponed one semester	9.7	9.3		
Postponed more than one semester	20.8	9.3		

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

**DISCUSSION**

(20,26,56,57).

According to the current research, among the university students the ratio of pg is 18.4% and Pg ratio is 5.7%. In the study, it is found that the PPG among university students are more prevalent rather than the general population. This claim is supported by a corresponding study (29) which found out that in NC at the age of 18 to 65 year group the pg ratio is 9.5% and Pg for life ratio is 3.5%. It is found that the trend of Pg is 2% in Asian countries like Hong Kong, Singapore and Macau (54,55). High risk gambling problems are present among adolescents, indigenous minority groups, and communities (23,24) When the studies about pg are examined, it is found that being young is seem to be one of the main risk factor of pg

Both in NC and in other countries, (29,46,48) gambling is considered to be an entertainment and a type of recreation. Moreover, it is increasing in popularity day by day. Researches in NC done in recent years are showing that the problem of Pg is increasing in NC (38). Ratios of NC (29) correspond to those found in Puerto Ricans in Puerto Rico (30), the Maoris in New Zealand (31) and Native Americans in North Dakota (32). The reasons of finding such similar ratios of Pg are explained by Volberg (30) as similar colonization, limited economy and sociological problems (29). In present study it is found out that the level of PPG is high among the university students. Although it is banned to enter casinos and betting offices for the

**Table 2.** Comparison of PPG and NPG in terms of PIUS total and subscales scores

	PPG	NPG	t	p
	Mean – SD	Mean – SD		
PIUS total scores (n=299)	84.–29.6	66.1–5.9	4.666	0.000**
PIUS total scores excessive use (n=299)	19.4–4.5	17.9–6.4	1.821	0.070
PIUS Social benefits, social comfort scores. (n=299)	24.6–10.0	17.8–8.2	5.187	0.000**
PIUS Internet negative consequences scores.	14.5–6.4	11.0–5.3	4.141	0.000**

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

university student this prohibition is not applied effectively as the university students can enter casinos very easily.

According to this study, it is found that men tended to gamble more in comparison to women. Derevensky's (48) study also revealed that men gamble more than women. In a similar study conducted in Sweden the trend of men gambling more than women were illustrated (59). When an assessment is done in terms of marital status, it has been observed that single people gamble more. Another study done by the Duvarcı and Varan (53) showed that only 37.1% of divorced and widowed people play gambling. The study of Derevensky (48) shows that 47.5% of the gamblers are single. Our study focuses more on unmarried students. Universities are the period of pre-marital life. Students who have high academic performance have less time to gamble. However, this study shows that students who have money tend to spend it more on gambling and it affects their academic performance. In a corresponding study it is seen that for a college student the major problems due to gambling are loss of money intended for living expenses and spending a lot of time on gambling resulted in low grades (60) One of the criteria of academic success in school is, undoubtedly, to pass the course. Those who gamble tend to finish their studies later than those who don't. Students are turning to gambling and they do not have the time to focus on their studies.

It is observed that most of the people who play

gambling games preferred the games of dog and football. In the study of Çakıcı (29) it has been also found that horse-dog-football games are the most preferred game in NC. PPG also tend to spend more money on gambling games. Also, Derevensky (48) concluded in his work the majority of PPG playing coin games is higher than non-gamblers. Those who have never played dice games tended to play it comparatively more. Alternatively, cock-fighting is another popular gambling game. Similarly, PPG tended to play more sports toto lottery, national lottery games as well as scratch-off games (29). The relationship between gambling and stock market is very frisky and it is observed that those who are more PPG tended to trust the stock market and played more betting on it in comparison with the non-gamblers. According to another study results, PPG involved in casino playing illustrates that pathological gamblers are more involved in casino games (50).

According to the current study it is illustrated that the highest number of gambling occurs at casinos (77.7%) followed closely by betting offices (70.8%). Although there is a ban on underage university students, it has been found that many students in NC, particularly Turkish students can enter the casino and play betting even if it is prohibited (29). It is also observed that environment matters a lot in conducting gambling studies and if the environment is positive and alluring, people tended to gamble more. It's found that 32% people gamble at the casinos.48 In relation to betting offices, it is

**Table 3.** The relationship of SOGS total scores total and PIUS Subscales scores of participants by using Pearson correlation analysis

Total SOGS Scores of Participants	r	P
PIUS Total Scores (n=299)	0.300	0.000**
PIUS Social benefits, social comfort scores. (n=299)	0.336	0.000**
PIUS Internet negative consequences scores. (n=299)	0.273	0.000**

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



found that PPG used the betting offices more. Similarly, out of other places, coffeehouses were another popular place for holding gambling games.

This study found that there is a relationship between PIU and PPG. Some studies suggest that PPG and PIU exhibit frequent co-occurrence among adults (61,62) and youths (63). It has been shown that Internet is largely being used in recent years for gambling and can be seen as a start of Internet addiction. It also leads us to the finding that one addiction can be replaced with another addiction and Tarhan (64) observed that gambling addiction is a leading way for the Internet addiction. There is no bar on gambling on Internet with or without money. Both categories are showing significant increase in usage of Internet for gambling. It is also observed that addiction is the use of any substance or material and the inability of leaving that particular action and letting it control your behavior (65). So the control of one addiction can lead to the addiction of another subject. This has been observed by Aasved (66) who believes that increasing in eating behavior exists after a person stops smoking addiction. This problem is important to illustrate as the human brain is capable of being addicted and if gambling is stopped, it can link to the Internet in a harmful way.

It should be noted that this study has several limitations. The main limitation of the present study is the limited sample size so which prevents making generalizations about the whole population. In addition to this, the sample does not include all departments at the university. Moreover, self-report response bias is a limitation.

## CONCLUSION

The current study showed that in the universities the psychological counseling and guidance centers can be useful for education and treatment of youths in order to reduce these problems. In addition, students who applied in these centers because of the PIU and PPG Internet gambling problem should be taken into consideration. The gambling is a growing problem of NC and to avoid the PIU and PPG, effective public health policies are needed. University students are the most who are under

threat when it comes to these issues. In particular there is a need for awareness and consciousness programs at the universities.

---

Correspondence address: Prof. Dr. Mehmet Cakici, Near East University, Faculty of Arts and Science, Department of Psychology, Nicosia-Cyprus. mehmet.cakici@neu.edu.tr

---

## REFERENCES

1. Lesieur H. Pathological gambling, work and employee assistance. *Journal of Employee Assistance Research* 1992; 32-62.
2. Wiebe J, Volberg RA. Problem gambling prevalence research: A critical overview. A report to the Canadian Gaming Association. Toronto: Canadian Gaming Association, 2007.
3. Williams AD, Grisham JR, Erskine A, Cassidy E. Deficits in emotion regulation associated with pathological gambling. *British J Clin Psychol* 2012; 51: 223-238.
4. Harvard Mental Health Letter. Pathological gambling. *Harvard Mental Health Letter* 2010; 27: 1-3.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed., Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980.
6. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed., Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2013.
7. Griffiths M, Barnes A. Internet gambling: An online empirical study among student gamblers. *Int J MentHealth Addict* 2008; 6: 194-204.
8. McBride J, Derevensky J. Internet gambling and risk-taking among students: An exploratory study. *Journal of Behavioral Addictions* 2012; 1: 50-58.
9. Petry N, Weinstock J. Internet gambling is common in college students and associated with poor mental health. *The American Journal on Addictions* 2007; 16: 325-330.
10. Wong ILK. Internet gambling: A school-based survey among Macau students. *Social Behavior and Personality* 2010; 38: 365-372.
11. Oster SL, Knapp TJ. Underage and pathological gambling by college students: Emerging problem on campus? *Psychology and Education: An Interdisciplinary Journal* 2001; 38: 15-19.
12. Adams GR, Sullivan AM, Horton KD, Menna R, Guilmette AM. A study of differences in Canadian university students' gambling and proximity to a casino. *J Gambl Issues* 2007;19:9-17.
13. Williams RJ, West BL, Simpson RI. Prevention of problem gambling: A comprehensive review of the evidence and identified best practices. Guelph: Ontariopg Research Centre, 2012.
14. Blaszczynski A, Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction* 2002; 97: 487-499.
15. Lee HP, Chae PK, Lee HS, Kim YK. The five-factor gambling motivation model. *Psychiatry Research* 2007;150:21-32.
16. Nower L, Blaszczynski A. Gambling motivations, money-limiting strategies, and precommitment preferences of problem versus non-problem gamblers. *J Gambl Stud* 2010; 26: 361-372.
17. Gupta R, Derevensky J, Marget N. Coping strategies employed by adolescents with gambling problems. *Child and Adolescent Mental Health* 2004; 9: 115-120.
18. Echeburúa E, González-Ortega I, de Corral P, Polo-López R. Clinical gender differences among adult pathological gamblers seeking treatment. *J Gambl Stud* 2011; 27: 215-227.
19. Burge AN, Pietrzak RH, Petry NM. Pre/early adolescent onset of gambling and psychosocial problems in treatment-seeking pathological gamblers. *J Gambl Stud* 2006; 22: 263-274.
20. Volberg A. The prevalence and demographics of pathological gamblers: Implications for public health. *Am J Public Health* 1994;84: 237-241
21. Shaffer H, Korn D. Gambling and related mental disorders: A public health analysis. *Annu Rev Public Health* 2002; 23:171-212.
22. Williams RJ, Stevens RMG, Nixon G. Gambling and Problem Gambling in North American Aboriginal people. In YD Belanger, editor. *First Nations Gaming in Canada*. Winnipeg, Manitoba: University of Manitoba Press 2011; 166-194.
23. Derevensky JL, Gupta R. *Gambling problems in Youth: Theoretical and Applied Perspectives*. Berlin, Springer Science & Business Media, 2004.
24. Westermeyer J, Canive J, Garrard J, Thuras P, Thompson J. Lifetime prevalence of pathological gambling among American Indian and Hispanic American veterans. *Am J Public Health* 2005;95: 860-866.
25. Caplan SE. Problematic Internet use and psychosocial well being: Development of a theory-based cognitive behavioural measurement instrument. *Comput Human Behavior* 2002; 18, 553-575.
26. Volberg RA, Steadman HJ. Refining prevalence estimates of pathological gambling. *The Am J Psychiatry* 1988;145: 502.
27. Cox BJ, Yu N, Afifi TO, Ladouceur R. A national survey of Gambling problems in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2005;50: 213-217.
28. Shaffer HJ, Hall MN, Vander Bilt J. Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: a research synthesis. *Am J Public Health* 1999;89: 1369-1376.
29. Çakıcı M, Çakıcı E, Karaaziz M. Lifetime of prevalence and risk factors of problem and pathological gambling in North Cyprus. *J Gambl Stud* 2016;32:11-23
30. Volberg A, Pedro R, Vales A. Gambling and problem gambling in Puerto Rico [Juegos de azar y el problema de juego en Puerto Rico]. Report to the Puerto Rico Treasury Department, 2007.
31. Abbott MW, Volberg RA. The New Zealand national survey of problem and pathologic gambling. *J Gambl Stud* 1996;12: 143-160.
32. Volberg A, Rachel ES. Gambling and problem gambling in North Dakota. Report to the North Dakota Department of Human Services. Division of Mental Health. Albany. NY: Gemini Research, 1993.
33. Shaffer H J, Hall MN. Estimating prevalence of adolescent gambling disorders. A quantitative synthesis and guide toward standard gambling nomenclature. *Journal of Gambling Studies* 1996;12:193-214.
34. National Research Council. *Pathological Gambling: A critical Review*. Washington, DC, National Academy Press, 1999.

35. Emshoff J, Valentine L. Problem and Pathological Gambling among Students in the University System of Georgia. Georgia: The Georgia State University. 2007.
36. Mubarak AR, Blanksby P. A study on problem and pathological gambling among university students in South Australia. *J Higher Educ* 2013;35:471-482.
37. Wu A, Lau JT. Gambling in China: Socio-historical evolution and current challenges. *Addiction* 2015;110: 210-216.
38. Çakıcı M, Çakıcı E, Karaaziz M. KKTC’de kumar davranışının yaygınlığı, risk faktörleri ve kültürlenme tutumları ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Derg* 2014; 25(7).
39. Griffiths M. Internet addiction: Fact or fiction? *The Psychologist* 1999;12:246-250.
40. Yellowlees M, Marks P. Internet addiction or problematic Internet use? *Comput Human Behavior* 2007; 23.
41. Leung L. Net-generation attributes and seductive properties of the Internet as predictors of online activities and Internet addiction. *Cyberpsychology & Behavior* 2004;7:333-348.
42. Tvedt H. Internet use and related factors among fifth-graders. Umeå University Department of Psychology, Unpublished Master’s Thesis. 2007.
43. Young KS, Case CJ. Internet abuse in the workplace: new trends in risk management. *CyberPsychology & Behavior* 2004; 7:105-111.
44. Kiralla LV. Internet addiction disorder: A descriptive study of college counselors in four-year institutions. California, University of La Verne Department of Organizational Leadership, Unpublished Doctoral Dissertation. 2005.
45. Günüş S, Murat K. Sayısal uçurum ve Internet bağımlılığı paradigmasının lojistik regresyon ile açıklanması. Ege Üniversitesi Uluslararası II. BÖTE Sempozyumu, Kuşadası, 2008.
46. Chamblair S, Redden SA, Leppink E, Grant JE. Problematic internet use in gamblers: impact on clinical and cognitive measures. *CNS Spectr* 2017; 22:1-9.
47. Brezing C, Derevensky JL, Potenza MN. Non-substance-addictive behaviours in youth: Pathological gambling and problematic Internet use. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2010; 19: 625-641.
48. Derevensky J, Gupta R, Winters K. Prevalence rates of youth gambling problems: Are the current rates inflated? *J Gambl Stud* 2003;19:405-425.
49. Yau YH, Pilver CE, Steinberg MA, Rugle LJ, Hoff RA, Krishnan-Sarin S, Potenza, MN. Relationships between problematic Internet use and problem-gambling severity: findings from a high-school survey. *Addict Behav* 2014;39:13-21.
50. Duvarci I, Varan A. Reliability and validity study of the Turkish form of the South Oaks Gambling Screen. *Türk Psikiyatri Derg* 2001;12:34-45.
51. Ceyhan E, Ceyhan AA, Gürcan A. Problemlı internet kullanımı ölçeği nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri Dergisi* 2007;7:387-416
52. Lesieur HR, Blume SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry* 1987;144(9).
53. Duvarci I, Varan A. Descriptive features of Turkish pathological gamblers. *Scand J Psychol* 2000;41:253-260.
54. Wong IL, So EM. Prevalence estimates of problem and pathological gambling in Hong Kong. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 353-1354.
55. Fong DKC, Ozorio B. Gambling Participation and Prevalence Estimates of pathological gambling in a Far-East Gambling City: Macao. *UNLV Gaming Research & Review Journal* 2012; 9: 2.
56. Volberg RA, Abbott MW, Rönberg S, Munck IM. Prevalence and risks of pathological gambling in Sweden. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104: 250-256.
57. Potenza MN, Steinberg MA, McLaughlin SD, Wu R, Rounsaville BJ, O’Malley SS. Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *Am J Psychiatry* 2001;158:1500-1505.
58. Gainsbury SM. Online gambling addiction: The relationship between internet gambling and disordered gambling. *Curr Addict Rep* 2015;2:185-193.
59. Svensson J, Romild U, Shepherdson E. The concerned significant others of people with gambling problems in a national representative sample in Sweden—a 1 year follow-up study. *BMC public health* 2013;13:1087.
60. Stinchfield R, Hanson WE, Olson DH. Problem and pathological gambling among college students. *New Directions for Student Services* 2006; 113: 63.
61. Shapira NA, Goldsmith TD, Keck PE, Khosla UM, McElroy SL. Psychiatric features of individuals with problematic Internet use. *J Affect Disord* 2000; 57: 267-272.
62. Young KS. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology & Behavior* 1998;1:237-244.
63. Dowling NA, Brown M. Commonalities in the psychological factors associated with problem gambling and Internet dependence. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2010;13:437-441.
64. Egger O, Rauterberg M. Internet Behavior and Addiction. Swiss Federal Institute of Technology, Zurich, Unpublished Master Thesis. 1996.
65. Tarhan N. Bağımlılık. İstanbul: Timas Yayinlari, 2011.
66. Aasved M. The Psychodynamics and Psychology of Gambling: The Gambler’s Mind Volume I. Springfield: Charles C Thomas Publisher, 2002.

# Anksiyeteli ve karma özellikli depresyonu değerlendirme: Klinikte yararlı depresyon sonlanım ölçeği'nin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği

*Assessing depression with anxious distress and mixed features: The validity and reliability of the Turkish version of the clinically useful depression outcome scale*

Zekiye Çelikbaş<sup>1</sup>, Sedat Batmaz<sup>2</sup>, Özgür Ahmet Yüncü<sup>3</sup>, Mehmet Öztürk<sup>4</sup>, Esmâ Akpınar Aslan<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Uzm. Dr., Tokat Dr. Cevdet Aykan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Tokat, Türkiye  
https://orcid.org/0000-0003-4728-7304

<sup>2</sup>Doç. Dr., <sup>5</sup>Dr. Öğr. Üyesi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Tokat, Türkiye  
https://orcid.org/0000-0003-0585-2184-https://orcid.org/0000-0003-4714-6894

<sup>3</sup>Uzm. Dr., Buca Dr. Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye  
https://orcid.org/0000-0002-2546-3744

<sup>4</sup>Uzm. Dr., Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye  
https://orcid.org/0000-0001-6383-4457

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada Türk popülasyonunda Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği'nin (KYDSÖ) geçerlilik ve güvenilirliğinin tespiti amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışmaya 408 katılımcı alınmıştır. Açıklayıcı faktör analizi, iç tutarlılık, Hızlı Depresif Belirti Envanteri, Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği ve Mani Tanıma ve Tarama Ölçeği ile korrelasyon analizi ve depresyon tanısı almayan gruptan ölçeğin ayırt ediciliğine bakıldı. **Bulgular:** Yapılan açıklayıcı faktör analizi sonucunda "Depresyon ve Anksiyete", ve "Atipik ve Karma Özellikli Depresyon" faktörleri saptandı. KYDSÖ'nün ilgili diğer ölçeklerle birlikte geçerliliğinin olduğu görüldü. Çalışma ölçeklerinin ayırt edici geçerliliği olduğu anlaşıldı. KYDSÖ için iç tutarlılık yüksek bulundu. Klinisyen değerlendirmesi ve ölçek değerlendirmesine göre istatistiksel açıdan depresyon alt tiplerinin saptanmasında fark ortaya çıkmamıştır. **Sonuç:** KYDSÖ, hastalar tarafından kısa sürede doldurulabilir ve klinisyenler için de hızlı ve kolay bir değerlendirme fırsatı sunar. Türk popülasyonundaki bu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması bu ölçeklerin klinikte kullanım için uygun olduğunu göstermiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Bunaltılı sıkıntı, geçerlilik, güvenilirlik, karma özellik, majör depresif bozukluk

(*Klinik Psikiyatri Dergisi 2020;23:43-55*)

DOI: 10.5505/kpd.2020.31932

## SUMMARY

**Objective:** The aim of this study was to determine the validity and reliability of the Clinically Useful Depression Outcome Scale (CUDOS) in the Turkish population. **Method:** 408 participants were included in the study. Exploratory factor analysis, internal consistency, Quick Inventory of Depressive Symptoms, State Trait Anxiety Inventory and Self-Report Tool for Mania were used to analyze the correlation between the scales and the discriminative properties of the CUDOS was investigated. **Results:** As a result of the exploratory factor analysis, "Depression and Anxiety" and "Atypical and Mixed Feature Depression" factors were determined. It was observed that the CUDOS had convergent validity with other relevant scales. It was demonstrated that the CUDOS had distinctive validity. Internal consistency was found to be high. According to clinician evaluation and scale scores, there was no difference in the detection of depression subtypes. **Discussion:** The CUDOS can be completed by patients in a short time and provides a quick and easy evaluation opportunity for clinicians. This validity and reliability study in the Turkish population showed that these scales were suitable for clinical use.

**Key Words:** Anxious distress, major depressive disorder, mixed features, reliability, validity

## GİRİŞ

Majör Depresif Bozukluk (MDB) ülkemizde en sık görülen ruhsal bozukluklardandır. Kronik Hastalık Sıklığı Araştırması'na göre Türkiye'de depresyon yaygınlığı kadınlarda %13.1, erkeklerde %5.0, toplamda %9.3 oranındadır (1).

MDB hastalarında artmış morbidite, yineleme riski, sosyal ve meslekî işlevsellikte azalma, özkıym riski olduğu bilinmektedir (2-4). Tüm bu faktörler, sağlık sisteminde artmış bir ekonomik yüke yol açmaktadır (5). MDB'deki klinik araştırmalar, terapötik müdahalelerin etkinliğini en üst düzeye çıkarmak için yeterli teşhis ve tedavi sağlamaya odaklanmıştır. Böylece daha iyi prognozla ilişkili olarak belirtilerin tamamen remisyona ulaşması ve relapsların engellenmesi morbidite ve mortaliteyi azaltacaktır (6,7). Yeni psikotrop ilaçların yararlarının karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi için hasta tarafından algılanan sonuçların ölçümleri önem taşımaktadır. Öznel iyileşme hasta için oldukça önemlidir, bu nedenle titiz bir şekilde değerlendirilmesi gerekir (8,9).

Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği ve Montgomery-Åsberg Depresyonu Derecelendirme Ölçeği, MDB şiddetinin değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılmaktadır (10,11). Daha önce de belirtildiği gibi, hastaların bakış açısı, ilgili belirtileri tanımlamak ve günlük yaşamlarını nasıl etkilediklerini değerlendirmek için önemli bir bileşendir (12). Ülkemizde mevcut olan ve hasta tarafından uygulanan ölçeklerden yaygın olarak kullanılanlar Beck Depresyon Envanteri (13) ile depresyon ve anksiyetenin somatik belirtilerine odaklanan Hasta Sağlık Anketi'dir (14). Diğer ölçeklere göre Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği (KYDSÖ), MDB ile ilişkili belirtileri daha ayrıntılı şekilde sorgular ve hastanın işlevsel kapasitesi gibi diğer önemli hususların değerlendirilmesine de izin verir. KYDSÖ, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde, Rhode Adası Tanısal Değerlendirme ve Hizmet Merkezi'nde, klinik uygulama için yararlı araçlar geliştirmek amacıyla tasarlanmıştır (15). KYDSÖ, 18 sorudan oluşan, hızlıca cevaplanabilen beşli Likert tipi bir ölçektir (16). Toplam puan ilk 16 sorudaki her bir madde puanının toplanmasıyla

hesaplanır. İçerik geçerliliği ile ilgili olarak tüm MDB belirtilerini içerir, ayrıca işlevsellik ve yaşam kalitesi hakkında da bilgi toplar (17 ve 18. maddeler). Psikometrik olarak geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiş olan KYDSÖ, hastanın durumundaki değişikliklere duyarlıdır ve klinik olarak depresyon şiddetine göre hastalar arasında da ayırım sağlayabilir (15).

Son 20 yıldır, depresyona eşlik eden anksiyete belirtilerinin klinik önemi fark edilmeye başlanmıştır. Depresyon hastalarına eşlik eden anksiyete daha fazla morbidite ve artmış özkıym davranışı (17), azalmış işlevsellik (18), düşük yaşam kalitesi (19), daha kötü prognoz (20), yineleyici depresyon riski (21) ve daha zayıf tedavi yanıtı ile ilişkili görülmektedir (22). Depresyonlu hastalarda anksiyete belirtilerinin klinik önemi sebebiyle MDB için anksiyete ile giden bir alt tip belirleyici olarak eklenmiştir (23). Depresyon hastalarında anksiyete belirtileri veya komorbid anksiyete bozukluğunun prevalansı yüksektir. Örneğin 2012-2013 yılları arasında ABD'de yapılan Alkol ve İlişkili Bozuklukların Ulusal Epidemiyolojik Çalışması'na göre 18 yaş üstü 36309 erişkin katılımcıda anksiyete belirteci yaşam boyu MDB tanısı konulan hastaların %74.6'sında bulunurken, 12 aylık sürede depresyon hastalarının %70'inde saptanmıştır (24).

Anksiyeteli depresyonun tanımlanması nedeniyle hem depresyon, hem anksiyete belirtilerinin şiddetini sorgulayan ölçeklerin geliştirilmesi önem kazanmıştır (25). Ülkemizde de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ), hem anksiyete, hem de depresyon belirtilerini değerlendiren kısa bir özbidirim ölçeğidir (26, 27). Fakat HADÖ Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından tanımlandığı şekliyle MDB'nin anksiyete belirtecini değerlendirmek için tasarlanmamıştır. Ayrıca MDB'de yer alan uyku bozuklukları, suçluluk ve değersizlik hissi, özkıym düşünceleri gibi ölçütlerin birçoğu HADÖ'de bulunmamaktadır (10).

Rhode Adası Tanısal Değerlendirme ve Hizmet Merkezi'nde yürütülen çalışmalarda araştırmacılar, KYDSÖ'ne ek olarak MDB için tanı ölçütlerinde yer alan anksiyete belirteci yönelik Klinikte

Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği – Anksiyeteli Depresyon Formu'nu (KYDSÖ-A) geliştirmişlerdir. KYDSÖ-A, bu çalışmanın sonucunda depresyon hastalarında anksiyete belirtilerinin şiddetini ölçmek için geçerli ve güvenilir bulunmuştur (28).

Son 20 yıldır, MDB dönemine eşlik eden manik / hipomanik belirtilerin klinik önemi de anksiyete belirtileri gibi önem kazanmıştır. Bipolar depresyon hastalarına eşlik eden manik belirtilerin artmış özkıym davranışı (29, 30), kötü prognoz (29), antidepresanla artmış mani riski (31), yineleyici depresyon (32) ve hızlı döngülülük (33) ile ilişkili olduğu değişik çalışmalarda gösterilmiştir. Ayrıca MDB hastalarına eşlik eden manik belirtilerin benzer şekilde artmış özkıym riski (34), yineleme riski ve tedaviye düşük yanıt (35), atipik depresyon özellikleri (36), erken başlangıç yaşı ve ailede bipolarite yüküklüğü ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (37).

Tanı koyma sistemlerindeki değişiklik nedeniyle karma özellikli depresyona verilen önemin artması, hem depresyon belirtilerini, hem de mani belirtilerini ölçen derecelendirme ölçeklerinin geliştirilmesini gerekli kılmaktadır (25). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin tanı ölçütlerinde yer alan karma özellikli belirticini değerlendirmek için geliştirilen tek ölçek Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği – Karma Özellikli Depresyon Formu'dur (KYDSÖ-K) (38). Ölçek geliştirirken bir ölçüte birden fazla atıfta bulunan MDB belirti ölçütleri (örneğin iştah artışı, iştahsızlık, uykusuzluk veya hipersomninin artması) ilgili bileşenlerine bölünmüş ve her bir bileşen için ayrı bir KYDSÖ-K maddesi yazılmıştır (38).

Depresyonun tipik ve ters vejetatif özelliklerini ayırt etmek özellikle bipolar bozukluk veya karma özellikli depresyon için kullanılan bir depresyon ölçeğinde önemlidir, çünkü depresyonun atipik özellikleri bipolar depresyonda daha yaygındır (39). Bu nedenle KYDSÖ'nün madde içeriği bu yönüyle de MDB değerlendirmesinde ön plana çıkmasını sağlamaktadır.

Bu çalışmada Türk toplumunda KYDSÖ, KYDSÖ-A ve KYDSÖ-K ölçeklerinin geçerlilik ve güvenilirliklerinin tespiti amaçlanmıştır. Böylelikle hem

MDB'de görülebilecek atipik depresif belirtiler, anksiyeteli depresyon ve karma özellikli depresyon alt tipleri saptanabilecektir. Ayrıca bu çalışma kapsamında klinisyenlerin kendi başlarına yaptıkları alt tip değerlendirmesi ile ölçeklerden elde edilen puanlara göre saptanan alt tiplerin sıklığı karşılaştırılacaktır. Çalışmamızın varsayımları, bu ölçeklerin Türk toplumu için de geçerli ve güvenilir değerlendirmeye imkân vereceği ve klinisyen değerlendirmesinin ölçeklerde saptanan alt tipleri yakalamakta aynı başarıyı göstermeyeceğidir.

## YÖNTEM

### Katılımcılar

Araştırma için ikinci basamak sağlık kuruluşlarının Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne Aralık 2018 – Mart 2019 tarihleri arasında ayaktan başvuran, 18 yaş üstü (ortalama (M)=33.40, standart sapma (SS)=13.58 yıl, yaş aralığı=18-65, %69.6'sı kadın, %32.1'i evli) Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı DSM 5'e göre birincil tanısı MDB olan (n=210, %51.5) ve başka bir birincil psikiyatrik bozukluk tanısı alan (Anksiyete Bozuklukları, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar, Travma ve Stresle İlişkili Bozukluklar, Dissosiyasyon Bozuklukları, Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar) (n=88, %21.5) veya herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı almayan (n=110, %27.0; bu iki grup için n = 198, %48.5) 408 kişi alındı (23). Katılımcılar içerisinde birincil tanısı Nörogelişimsel Bozukluklar, Şizofreni Spektrumu ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar, Bipolar ve İlişkili Bozukluklar ve Nörobilişsel Bozukluklar olan kişiler çalışmaya dahil edilmedi. Ayrıca MDB tanısı alıp psikotik veya katatonik özellik gösteren veya aktif özkıym düşüncesi, planı, niyeti olduğunu beyan eden katılımcılar da çalışmadan dışlandı. Bu katılımcıların çalışmadan dışlanmasında klinik tablolarının ağırlığı nedeniyle ölçekleri doldurmak konusunda ek bir zorlanmaya maruz kalmalarının ve tedavilerinin mümkün olduğunca gecikmesinin engellenmesi öncelikli olarak düşünüldü. Çalışmaya katılan ve herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı alan hastaların bir kısmı psikiyatrik ilaç ve/

veya psikoterapi almaktaydı, ancak bu hastaların sayısı veya kullandıkları ilaçların türü, dozu, kullanım süresi veya psikoterapinin niteliği konusundaki veriler çalışma kapsamında toplanmadığı için bu yöndeki veriler değerlendirmeye alınamamıştır. Herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı almayan katılımcılar ya poliklinik koşullarında değerlendirilerek ruhsal bozukluk tanısı almayan kişilerden, ya işe girme, okula başlama, sürücü ehliyeti başvurusu vb. nedenlerle ruhsal açıdan sağlıklı olduklarını belgelemek isteyen kişilerden veya ruhsal bozukluğu olup da polikliniğe başvuran hastaların kendi beyanlarına göre daha öncesinde ve başvuru anında herhangi bir ruhsal yakınması olmadığını söyleyen yakınları arasından oluşturuldu. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen katılımcıların sayısı, klinik tanı veya reddetme nedeni gibi özellikleri kayıt altına alınmadığından bu yöndeki veriler de mevcut değildir. Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 1 ve Tablo 2’de özetlenmiştir.

## İşlem

Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılarla poliklinik odasında DSM 5 tanı ölçütlerini esas alan olağan klinik görüşmeye dayalı bir tanısız görüşme yapıldı (23). Bu tanısız görüşmeye göre katılımcılar Depresyon Grubu (DG) ve Kontrol Grubu (KG) olarak iki gruba ayrıldı. DG’de yer alan katılımcıların klinisyenin değerlendirmesine göre anksiyeteli veya karma özellikli depresyon tanı ölçütlerini karşılayıp karşılamadıkları not edildi. KG içerisinde birincil tanısı MDB dışında bir ruhsal bozukluk tanısı olan katılımcılar da yer aldığı için, ayrı bir analizde bu grup Diğer Psikiyatrik Bozukluklar Grubu (PG) olarak isimlendirilerek üç grubun birbirlerinden ne şekilde farklılaştığı da incelendi. Ayrıca katılımcıların demografik verileri hazırlanmış olan bir forma görüşmeci tarafından kaydedildi. Daha sonra tüm katılımcılara değerlendirme araçları rastgele bir sıra içerisinde verilerek kendi başlarına doldurabilecekleri sessiz bir odaya alındılar. Burada ihtiyaç duyan katılımcılara yakınları veya görüşmecilerden biri bu araçların doldurulmasında yardımcı oldu. Tüm bu görüşmeler ortalama 25-40 dakika sürdü.

## Çeviri Süreci

Çalışmada geçerlilik ve güvenilirliği araştırılan ölçekler için öncelikle bu ölçeklerin geliştiricisi ile e-posta ile temasa geçilerek çeviri izni alındı. Daha sonra iki araştırmacı tarafından ölçekler İngilizce’den Türkçe’ye çevrildi. Ölçeklerin özgün halinden habersiz olan bir diğer araştırmacı ve İngilizce dil eğitimi veren bir uzman tarafından ölçek maddeleri Türkçe’den İngilizce’ye geri çevrildi. Bu dört metin ile özgün ölçekler birbirleriyle karşılaştırılarak üzerinde uzlaşılan ölçek çevirileri elde edildi. Çeviriler, çalışmada kullanılmadan önce polikliniğe başvuran 20 hastaya verilerek doldurulmaları istendi ve anlaşılma zorlanılan maddelerin varlığı açısından değerlendirildi. Bu aşamada ölçek maddelerinde bir değişiklik yapılmaya ihtiyacı duyulmadı. Ölçek çevirilerinin bu son hali, ölçeğin geliştiricisine gönderilerek çalışmada kullanılması için onayı alındı.

## Değerlendirme Araçları

*Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği (KYDSÖ) (15):* MDB için DSM 5 tanı ölçütlerinde (23) sıralanan tüm belirti ve bulgulara ilaveten kişinin işlevsellik düzeyini ve yaşam kalitesini de sorgulayan toplam 18 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Bu ek maddeler, KYDSÖ’nün diğer depresyon ölçeklerinden farklılığını ortaya koymaktadır. Hastalar tarafından sadece birkaç dakika içerisinde doldurulabilir ve klinisyenler için de hızlı ve kolay bir değerlendirme fırsatı sunar. Tedavi ile değişime duyarlıdır ve farklı şiddetteki depresyon belirtileri için de ayırt etmeyi sağlar. Tüm bu yönleriyle klinikte kullanım için uygundur. Her bir maddesi son bir haftalık süre göz önünde bulundurularak 0=“hiç doğru değil”, 4=“neredeyse her zaman doğru” arasında puanlanır. Özgün ölçek için bildirilen iç tutarlılık (Cronbach  $\alpha$  =0.90) ve test – tekrar test güvenilirliği ( $r=0.92$ ) yüksektir. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça depresyonun da şiddeti artar (15).

*Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği-Anksiyeteli Depresyon Formu (KYDSÖ-A) (28):* KYDSÖ’de sorgulanan depresyon belirtilerinin haricinde anksiyeteli depresyonu saptamaya ve şiddetini ölçmeye dönük olarak endişelenmekten ötürü gergin ve diken üstünde hissetme, sakince

oturmaya engelleyecek kadar kıpır kıpır ve huzursuz hissetme, endişelenme nedeniyle konsantre olamama, kötü bir şeyler olacağına dair endişelenme ve kaygılanarak kontrolü kaybetmeyi sorgulayan beş soruluk bir öz bildirim ölçeğidir. DSM 5'e göre bu belirtilerden en az iki tanesinin varlığında anksiyeteli depresyon alt tipi tanısı konulmalıdır (23). Ölçeğin değerlendirilmesi KYDSÖ ile aynıdır ve özgün ölçeğin iç tutarlılığı (Cronbach  $\alpha=0.79$ ) ve test - tekrar test güvenilirliği ( $r=0.89$ ) yüksek bulunmuştur (28).

*Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği - Karma Özellikli Depresyon Formu (KYDSÖ-K) (38):* Karma özellikli depresyonu tanımak ve şiddetini ölçebilmek için KYDSÖ'deki depresyon maddelerine ek olarak manik ya da hipomanik döneme ait belirtileri (aşırı mutlu ve neşeli hissetme, yaratıcı fikirlerle sahip olma, kendine aşırı güvenme, birkaç saatlik uykuya rağmen enerjik uyanma, sınırsız enerji düzeyi olduğuna inanma, daha konuşkan olma, daha hızlı konuşma, düşüncelerin birbiriyle yarışması, yeni projelere kalkışma, daha dışadönük hale gelme, düşünmeden davranma, serbestçe para harcama, cinsel fantezilerde artma) sorgulayan 13 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Bu belirtilerden üç veya daha fazlasının varlığında DSM 5'e göre karma özellikli depresyon alt tipi tanısı konulabilir (23). Ölçek KYDSÖ'de olduğu gibi değerlendirilir ve özgün ölçek için iç tutarlılık (Cronbach  $\alpha=0.84$ ) ve test - tekrar test güvenilirliği ( $r=0.72$ ) yüksek olarak bildirilmiştir (38).

*Hızlı Depresif Belirti Envanteri – 16 Maddelik Öz bildirim Formu (HDBE) (40):* Depresyon belirtilerini sorgulamak için 16 maddeden oluşan ve 0 – 3 puan arasında derecelendirilen bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçekten alınan puan arttıkça depresyonun şiddeti de artar (40). Bu ölçeğin diğer öz bildirim ölçeklerine avantajı depresyonun ters vejetatif belirtilerini de sorgulamaya fırsat vermesidir. Bu çalışma için HDBE'nin Türkçe versiyonu kullanılmıştır (41).

*Mani Tarama ve Tanıma Ölçeği (MAN-TAR) (42):* Mani ya da hipomani belirti ve bulgularını (ilk dokuz soru) sorgulamak için hazırlanmış, kısa sürede doldurulabilen bir öz bildirim ölçeğidir (42). Ölçek bu belirti ve bulgulara ilaveten kişinin kendisini daha yükselmiş veya çabuk öfkelenir bulduğu

bu dönemlerde ne düzeyde sorun yaşadığını, bu dönemlerin ne kadar sürdüğünü, diğer insanların bu dönemlerde kişide ortaya çıkan değişimi fark edip etmediğini ve bu dönemlerin alkol ya da maddeyle ilişkisini de sorgulayarak daha güvenilir şekilde mani / hipomani tanısı için klinisyeni yönlendirebilir. Böylelikle daha yapılandırılmış bir görüşme ile klinisyen kişide bipolar bozukluk tanısı olup olmadığını netleştirebilir. Bu çalışmada MAN-TAR'ın Türkçe versiyonu kullanılmıştır (43).

*Durumluk - Sürekli Kaygı Ölçeği (44):* Bu ölçek her biri 20 maddeden oluşan Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) ve Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) isimli iki ölçekten oluşur (44). Kişideki anksiyete düzeyinin durumsal olarak mı ortaya çıktığını, yoksa kişinin anksiyeteye meyilli bir yapısı mı olduğunu değerlendirmek için kullanılır. Ölçeklerden alınan yüksek puanlar, anksiyete düzeylerinin de yüksek olduğunu gösterir. Bu çalışmada DKÖ ve SKÖ'nün Türkçe versiyonları kullanılmıştır (45).

### İstatistiksel Analiz

Çalışmada kullanılan ölçeklerin birleştirilmesiyle toplam 35 madde elde edildi. Açıklayıcı faktör analizi için madde sayısı başına en az 5-10 katılımcı gerektiği için en az 175-350 katılımcıya ihtiyaç olduğu hesaplandı. Çalışmanın örneklem büyüklüğü bu hesaplama göre belirlendi. Açıklayıcı faktör analizi için FACTOR 10.8.04 yazılımı kullanıldı (46). Faktör analizi sırasında, ordinal maddelerin tek değişkenli dağılımları asimetric olduğundan polikorik korrelasyon tercih edildi (47). Çıkarılacak faktör sayısını belirlemede paralel analizden (optimal implementation of parallel analysis) faydalanıldı (48). Faktörlerin çıkarılmasında unweighed least squares yöntemi, döndürme yöntemi olarak oblik döndürme (direct oblimin) kullanıldı. Bütün hesaplamalar için bootstrapping yöntemi ile %95 güvenilirlik aralığında bias-corrected and accelerated robust analizler tercih edildi (49). Çıkarılan faktörlerin ve ölçeğin tamamının iç tutarlılığı için Cronbach  $\alpha$  değerleri, düzeltilmiş madde – toplam korrelasyonları ve madde silinirse Cronbach  $\alpha$  değerleri, açıklanan varyans, özdeğerler, maddelerin faktörlere yüklenme katsayıları ve ortak etken varyansları hesaplandı. Diğer analizler için MedCalc 17.2 yazılımı kullanıldı (MedCalc Software, Ostend,



Belgium). Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ve histogram analizleri ile incelendi. Dağılımların normalliğe uygunluğuna göre ölçeklerin birlikte geçerliliği için Pearson veya Spearman korrelasyon analizleri, ayırt edici geçerlilik için bağımsız gruplarda t-testi veya Mann-Whitney U testi, tek yönlü varyans analizi veya Kruskal-Wallis sıralamalı tek yönlü varyans analizi kullanıldı. Birlikte geçerlilik için kullanılan ölçekler ile çalışmada psikometrik özellikleri araştırılan ölçekler arasındaki korrelasyon ilişkisinin saptanmasında, bu ölçeklerde yer alan ve DSM 5'e göre belirlenmiş depresyon alt tipi tanı ölçütlerini içermeyen maddelerin çıkarılması ile oluşturulan DKÖ - SKÖ ve MAN-TAR ölçek versiyonları oluşturuldu. Spearman korrelasyon analizleri bu yeni oluşturulan ölçek versiyonları ile de yinelendi. Demografik verilerin dağılımı, klinisyen tanısı ile ölçeklere göre depresyon alt tipi varlığının karşılaştırılması ve ölçek puanlarına göre grup karşılaştırmalarında verinin türüne göre bağımsız gruplarda t-testi veya Mann-Whitney U testi, tek yönlü varyans analizi veya Kruskal-Wallis sıralamalı tek yönlü varyans analizi veya ki-kare testlerinden faydalandı. Çoklu grup karşılaştırmaları için Bonferonni düzeltmesi yapıldı.

Çalışma öncesinde tüm katılımcılardan yazılı

bilgilendirilmiş onam formu alındı. Çalışma, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylandı.

## BULGULAR

Verilerin normal dağılıma uygunluğu incelendiğinde HDBE, DKÖ, SKÖ, KYDSÖ ve KYDSÖ-AK'nin normal dağılıma uyduğu, MAN-TAR, KYDSÖ-A, KYDSÖ-M, KYDSÖ-F1 ve KYDSÖ-F2'nin normal dağılıma uymadığı tespit edildi.

### Majör Depresif Bozukluk Tanısı Varlığına Göre Grup Karşılaştırmaları

KG ve DG birbirlerinden yaş ve medeni durum açısından farklılaştı, KG daha genç ve daha az oranda evli katılımcılardan oluştu (p değerleri < 0.001). Ayrıca DG, KG'ye göre HDBE'den daha yüksek puan aldı (p<0.001). Grupların cinsiyet dağılımı ve MAN-TAR, DKÖ ve SKÖ'den aldıkları puanlar ise birbirlerinden farklı değildi. Bu sonuçlar Tablo 1'de özetlenmiştir.

PG'nin de dahil edildiği analizlerde tüm gruplar birbirlerinden yaş ve medeni durum açısından farklıydı, en yaşlı grup DG iken en genç grup diğer

**Tablo 1.** Depresyon tanısının varlığına göre demografik özellikler ve değerlendirme araçları açısından grup karşılaştırmaları

	Tüm Grup (N = 408)	KG (n = 198)	DG (n = 210)	t / U / $\chi^2$	p
Yaş (yıl)	33.40 (13.58)	24.68 (8.94)	41.62 (11.98)	-16.12	<0.001
Cinsiyet, kadın	284 (69.6)	132 (66.7)	152 (72.4)	1.57	0.210
Medeni durum, evli	131 (32.1)	29 (14.6)	102 (48.6)	79.19	<0.001
HDBE puanı	11.61 (6.29)	6.34 (3.25)	16.58 (4.01)	-28.23	<0.001
MAN-TAR puanı	1.00 (5.00)	1.00 (4.00)	0.00 (5.00)	21.39	0.591
DKÖ puanı	39.65 (5.81)	39.97 (5.89)	39.35 (5.73)	1.09	0.276
SKÖ puanı	48.72 (6.06)	48.14 (6.10)	49.26 (5.99)	-1.87	0.062
KYDSÖ puanı	29.33 (15.76)	18.22 (11.17)	39.80 (11.78)	-18.96	<0.001
KYDSÖ-A puanı	8.00 (10.00)	3.00 (5.00)	13.00 (7.25)	37.95	<0.001
KYDSÖ-K puanı	6.00 (11.00)	4.00 (10.00)	7.00 (11.25)	33.59	<0.001
KYDSÖ-AK puanı	44.90 (22.74)	31.33 (18.69)	57.69 (18.40)	-14.35	<0.001
KYDSÖ-F1 puanı	34.00 (32.75)	17.00 (19.00)	47.00 (24.00)	38.45	<0.001
KYDSÖ-F2 puanı	8.00 (12.00)	9.00 (13.25)	7.00 (10.00)	17.73	0.01

*Açıklama.* Sonuçlar ortalama (standart sapma), Ortanca (çeyreklikler arası mesafe) veya sıklık (yüzde) olarak verilmiştir. Bonferonni düzeltmesi sonrası ölçekler açısından grup karşılaştırmalarında istatistiksel anlamlılık için  $p < 0.005$  değeri kabul edilmiştir. KG, kontrol grubu; DG, depresyon grubu; HDBE, Hızlı Depresif Belirti Envanteri 16 Maddelik Özbildirim Formu; MAN-TAR, Mani Tarama ve Tanıma Ölçeği; DKÖ, Durumluk Kaygı Ölçeği; SKÖ, Sürekli Kaygı Ölçeği; KYDSÖ, Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği; KYDSÖ-A, Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği Anksiyeteli Depresyon; KYDSÖ-K, Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği Karma Özellikli Depresyon; KYDSÖ-AK, Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği Anksiyeteli ve Karma Özellikli Depresyon; KYDSÖ-F1, Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği Depresyon ve Anksiyete Faktörü; KYDSÖ-F2, Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği Atipik ve Karma Özellikli Depresyon Faktörü

**Tablo 2.** Sağlıklı kontrol, majör depresif bozukluk ve diğer psikiyatrik bozukluklar gruplarının demografik özellikler ve değerlendirme araçları açısından karşılaştırılması

	SG (n = 110)	DG (n = 210)	PG (n = 88)	F / H / $\chi^2$	p
Yaş (yıl)	28.18 (10.70)	41.62 (11.98)	20.30 (1.70)	153.21	<0.001
Cinsiyet, kadın	74 (67.3)	152 (72.4)	58 (65.9)	1.62	0.446
Medeni durum, evli	28 (25.5)	102 (48.6)	1 (1.1)	93.20	<0.001
HDBE puanı	5.21 (2.38)	16.58 (4.01)	7.75 (3.64)	434.44	<0.001
MAN-TAR puanı	0.00 (4.00)	0.00 (5.00)	4.00 (4.75)	7.47	0.024
DKÖ puanı	40.15 (5.74)	39.35 (5.73)	39.75 (6.10)	0.71	0.492
SKÖ puanı	47.14 (5.73)	49.26 (5.99)	48.72 (6.06)	5.25	0.006
KYDSÖ puanı	14.06 (9.17)	39.80 (11.78)	23.41 (11.33)	212.36	<0.001
KYDSÖ-A puanı	2.50 (5.00)	13.00 (7.25)	5.00 (6.00)	224.67	<0.001
KYDSÖ-K puanı	6.00 (13.00)	7.00 (11.25)	9.00 (13.75)	141.06	<0.001
KYDSÖ-AK puanı	25.24 (16.40)	57.69 (18.40)	38.94 (18.67)	124.28	<0.001
KYDSÖ-F1 puanı	13.00 (11.25)	47.00 (24.00)	26.00 (17.00)	235.00	<0.001
KYDSÖ-F2 puanı	8.00 (13.00)	7.00 (10.00)	12.00 (13.75)	14.63	0.001

*Açıklama.* Sonuçlar ortalama (standart sapma), ortanca (çeyreklikler arası mesafe) veya sıklık (yüzde) olarak verilmiştir. Bonferonni düzeltilmesi sonrası ölçekler açısından grup karşılaştırmalarında istatistiksel anlamlılık için  $p < 0.005$  değeri kabul edilmiştir. SG, sağlıklı kontrol grubu; DG, depresyon grubu; PG, diğer psikiyatrik bozukluklar grubu; HDBE, Hızlı Depresif Belirti Envanteri 16 Maddelik Özbildirim Formu; MAN-TAR, Mani Tarama ve Tanıma Ölçeği; DKÖ, Durumluk Kaygı Ölçeği; SKÖ, Sürekli Kaygı Ölçeği; KYDSÖ, Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği; KYDSÖ-A, Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği Anksiyeteli Depresyon; KYDSÖ-K, Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği Karma Özellikli Depresyon; KYDSÖ-AK, Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği Anksiyeteli ve Karma Özellikli Depresyon; KYDSÖ-F1, Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği Depresyon ve Anksiyete Faktörü; KYDSÖ-F2, Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği Atipik ve Karma Özellikli Depresyon Faktörü

psikiyatrik bozukluklar grubuydu. DG en fazla evli katılımcının olduğu grup iken en az evli katılımcı PG'deydi ( $p$  değerleri<0.001). HDBE puanları açısından DG diğer tüm gruplardan daha yüksek puan aldı, en düşük puan SG'deydi ( $p<0.001$ ). Grupların MAN-TAR, DKÖ ve SKÖ'den aldıkları puanlar ve cinsiyet dağılımları birbirlerinden farklı değildi. Bu sonuçlar Tablo 2'de yer almaktadır.

### Yapı Geçerliliği Analizi

Verilerin faktör analizi için uygunluğuna dair bakılan Kaiser-Meyer-Olkin testinin sonucu 0.94 (çok iyi) saptandı. Bartlett küresellik istatistiği de anlamlıydı ( $\chi^2(595)=8493.3$ ,  $p=0.0001$ ). Paralel analiz sonuçları iki faktör çıkarılmasının uygun olacağını gösterdi. Yapılan açıklayıcı faktör analizi sonucunda madde 1-3, 5, 7-16, 30-35 birinci faktörü, madde 4, 6, 17-29 ikinci faktörü oluşturdu. Maddelerin içerik incelemesi sonrasında birinci faktör "Depresyon ve Anksiyete", ikinci faktör ise "Atipik ve Karma Özellikli Depresyon" olarak isimlendirildi. Maddelerin ilgili faktörlerine yüklenmeleri birinci faktörde 0.581 - 0.877, ikinci faktörde ise 0.313 - 0.805 aralığında değişti. Böylelikle hiçbir maddenin 0.300 yüklenme değerinin altında olmadığı görüldü. Birinci faktörün özdeğeri 12.94, ikinci faktörün ise 7.40 idi. Faktör analizi sonrasında kümülatif olarak açıklanan varyans %58.12 (birinci faktör için %36.97, ikinci faktör için %21.15) idi. Bu değer de %50'nin üzerinde

olması nedeniyle yeterli bulundu. Ölçek maddelerinin faktörlere yüklenmeleri, özdeğerler, ortak etken varyansları ve açıklanan varyansların dağılımı Tablo 3'te verilmiştir.

### Birlikte Geçerlilik Analizleri

KYDSÖ, KYDSÖ-A, KYDSÖ-K ve açıklayıcı faktör analizi sonucu elde edilen alt faktörlerin (KYDSÖ-F1 ve KYDSÖ-F2) HDBE, MAN-TAR, DKÖ ve SKÖ ile korrelasyon analizleri yapıldı. HDBE ile KYDSÖ, KYDSÖ-A ve KYDSÖ-F1 güçlü düzeyde pozitif yönlü korrelasyon gösterdi ( $p$  değerleri<0.01). Bu sonuç KYDSÖ'nün HDBE ile ölçülen depresif belirtileri benzer şekilde ölçebildiğini gösterdi. Öte yandan HDBE ile KYDSÖ-K zayıf düzeyde negatif yönlü bir korrelasyon gösterirken ( $p<0.05$ ), HDBE ile KYDSÖ-F2 arasında anlamlı korrelasyon saptanmadı. Bu sonuç da, beklendiği üzere, karma özellikli depresyon belirtilerini sorgulamak için gerekli ek maddelerin sadece KYDSÖ-K'de mevcut olmasıyla ilişkilendirildi. İlişkinin ters yönlü olması da bu maddelerde manik ya da hipomanik döneme ait belirtilerin sorgulanmasına ve bu belirtilerin tipik olarak bir depresyon ölçeğinde sorgulanan maddelerin aksi yönünde belirtilerle ilişkili olmasına bağlandı. Benzer şekilde, beklentileri karşılayarak, MAN-TAR ile en güçlü korrelasyon ilişkisi KYDSÖ-K ve KYDSÖ-F2 arasında saptandı ( $p$  değerleri<0.01, pozitif yönlü orta düzeyde korre-

**Tablo 3.** Ölçek maddelerinin faktörlere yüklenmeleri, özdeğerler, ortak etken varyansları, açıklanan varyansların dağılımı, iç tutarlılıkları, düzeltilmiş madde-toplam korrelasyonları ve madde silinirse Cronbach  $\alpha$  değerleri

	F1 (Depresyon ve Anksiyete)	F2 (Atipik ve Karma Özellikli Depresyon)	$h^2$	DMTK	MSCA
Madde 1	0.837	-0.166	0.749	0.795	0.916
Madde 2	0.745	-0.138	0.589	0.703	0.917
Madde 3	0.657	0.044	0.429	0.608	0.917
Madde 4	0.115	0.449	0.207	0.356	0.921
Madde 5	0.627	0.032	0.391	0.581	0.917
Madde 6	0.199	0.313	0.129	0.266	0.921
Madde 7	0.581	0.130	0.343	0.515	0.918
Madde 8	0.812	0.037	0.656	0.751	0.915
Madde 9	0.816	-0.069	0.679	0.763	0.915
Madde 10	0.756	-0.016	0.574	0.683	0.916
Madde 11	0.812	0.014	0.659	0.750	0.915
Madde 12	0.787	0.007	0.618	0.726	0.916
Madde 13	0.788	0.028	0.618	0.728	0.915
Madde 14	0.761	0.056	0.575	0.641	0.916
Madde 15	0.617	0.181	0.397	0.477	0.918
Madde 16	0.792	-0.024	0.630	0.728	0.916
Madde 17	-0.265	0.684	0.566	0.509	0.922
Madde 18	-0.222	0.789	0.697	0.627	0.922
Madde 19	-0.179	0.710	0.555	0.568	0.923
Madde 20	-0.015	0.737	0.545	0.591	0.921
Madde 21	-0.044	0.805	0.654	0.631	0.921
Madde 22	0.080	0.788	0.618	0.648	0.920
Madde 23	0.210	0.715	0.533	0.561	0.919
Madde 24	0.443	0.556	0.468	0.421	0.917
Madde 25	-0.053	0.736	0.551	0.583	0.921
Madde 26	-0.193	0.754	0.627	0.607	0.922
Madde 27	0.290	0.658	0.489	0.505	0.919
Madde 28	0.190	0.576	0.351	0.469	0.920
Madde 29	0.174	0.635	0.418	0.495	0.920
Madde 30	0.848	0.127	0.719	0.786	0.914
Madde 31	0.877	0.005	0.769	0.814	0.914
Madde 32	0.865	0.042	0.745	0.789	0.914
Madde 33	0.842	0.024	0.706	0.773	0.915
Madde 34	0.772	-0.135	0.631	0.723	0.917
Madde 35	0.739	-0.225	0.621	0.684	0.918
Özdeğer	12.94	7.40			
İç tutarlılık	0.954	0.862	0.920*		
Açıklanan varyans	36.97	21.15	58.12**		

*Açıklama.* \* Tüm ölçek için iç tutarlılık, \*\* Tüm ölçek için açıklanan varyans. DMTK, düzeltilmiş madde toplam korrelasyonları; MSCA, madde silinirse Cronbach  $\alpha$  değerleri

lasyon). MAN-TAR ile KYDSÖ, KYDSÖ-A ve KYDSÖ-F1 arasında da zayıf düzeyde pozitif yönlü ilişki saptandı (p değerleri<0.01). DKÖ ile hiçbir çalışma ölçeği arasında anlamlı korrelasyon saptanmazken, SKÖ ile tüm ölçekler arasında zayıf – orta düzeyde pozitif yönlü bir korrelasyon mevcuttu (p değerleri<0.01). SKÖ ile en güçlü ilişkiler, beklendiği üzere, KYDSÖ ve KYDSÖ-A arasında saptandı (p değerleri<0.01, orta düzeyde pozitif yönlü korrelasyon). Bu sonuçlar anksiyeteli depresyonun daha ziyade KYDSÖ-A ile saptanabildiğini destekledi. Bütün korrelasyon analizi sonuçları birlikte değerlendirildiğinde, KYDSÖ, KYDSÖ-A ve KYDSÖ-K'nin ilgili diğer ölçeklerle birlikte geçerliliğinin olduğu görüldü. Tüm korrelasyon analizi sonuçları Tablo 4'te verilmiştir.

Ancak çalışmada birlikte geçerlilik için kullanılan

anksiyete ve mani ölçekleri DSM 5 tarafından depresyon alt tiplerini saptamak için kullanılan tanı ölçütleri dışında da maddeler içerdiğinden bu analizlerin DSM 5'i esas alan sınıflamalar gözetilerek yinelenmesi planlandı. Bu amaçla yapılan incelemelerde DSM 5'e göre belirlenmiş anksiyeteli depresyon alt tipi tanı ölçütlerini içermeyen maddelerin çıkarılması ile oluşturulan DKÖ-SKÖ versiyonu ile KYDSÖ-A arasındaki korrelasyon analizi orta düzeyde pozitif yönlü tespit edildi (rho = 0.526, p < 0.01). Benzer şekilde KYDSÖ-F1 ile bu versiyondaki anksiyete ölçeği arasındaki korrelasyon da orta düzeyde ve pozitif yönlüydü (rho = 0.565, p < 0.01). Öte yandan DSM 5'e göre belirlenmiş karma özellikli depresyon alt tipi tanı ölçütlerini içermeyen maddelerin çıkarılması ile oluşturulan MAN-TAR versiyonu ile KYDSÖ-K arasındaki korrelasyon analizi orta düzeyde pozitif yönlüydü (rho = 0.512, p < 0.01). Ayrıca KYDSÖ-

**Tablo 4.** Ölçekler arasındaki korrelasyon ilişkisinin sonuçları

	KYDSÖ	KYDSÖ-A	KYDSÖ-K	KYDSÖ-AK	KYDSÖ-F1	KYDSÖ-F2
Yaş	0.413**	0.450**	-0.090	0.355	0.464**	-0.088
Cinsiyet	-0.035	0.047	0.040	-0.017	-0.044	0.032
Medeni durum	0.168**	0.209**	-0.119*	0.141**	0.203**	-0.124*
HDBE	0.834**	0.760**	-0.100*	0.716**	0.842**	-0.053
MAN-TAR	0.218**	0.188**	0.465**	0.354**	0.189**	0.490**
DKÖ	-0.038	-0.012	0.042	0.025	-0.032	0.011
SKÖ	0.290**	0.281**	0.234**	0.363**	0.268**	0.262**
KYDSÖ	1	0.855**	0.074	0.918**	0.979**	0.149**
KYDSÖ-A	0.855**	1	0.109*	0.869**	0.924**	0.146**
KYDSÖ-K	0.074	0.109*	1	0.385**	0.053	0.962**
KYDSÖ-AK	0.918**	0.869**	0.385**	1	0.920**	0.439**
KYDSÖ-F1	0.979**	0.924**	0.053	0.920**	1	0.100*
KYDSÖ-F2	0.149**	0.146**	0.962**	0.439**	0.100*	1

*Açıklama.* Cinsiyet, Kadın = 0, Erkek = 1; medeni durum, Bekar, Boşanmış, Dul, Aynı Yaşıyor = 0, Evli = 1 olarak kodlanmıştır. \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ . HDBE, Hızlı Depresif Belirti Envanteri 16 Maddelik Özbildirim Formu; MAN-TAR, Mani Tarama ve Tanıma Ölçeği; DKÖ, Durumluk Kaygı Ölçeği; SKÖ, Sürekli Kaygı Ölçeği; KYDSÖ, Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği; KYDSÖ-A, Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği Anksiyeteli Depresyon; KYDSÖ-K, Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği Karma Özellikli Depresyon; KYDSÖ-AK, Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği Anksiyeteli ve Karma Özellikli Depresyon; KYDSÖ-F1, Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği Depresyon ve Anksiyete Faktörü; KYDSÖ-F2, Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği Atıpkı ve Karma Özellikli Depresyon Faktörü

F2 ile bu versiyondaki mani ölçeği arasındaki korrelasyon da orta düzeyde ve pozitif yönlüydü ( $\rho = 0.537$ ,  $p < 0.01$ ). Bu korrelasyon analizi sonuçları birlikte düşünüldüğünde DSM 5'e uygun şekilde taranan anksiyete ya da mani belirti ve bulgularının bu çalışmada psikometrik özellikleri araştırılan ölçeklerin uygun depresyon alt tipleri tarafından başarılı şekilde saptanabildiğine işaret etmektedir. Üstelik bu versiyonlarla yürütülen korrelasyon analizleri diğer maddeleri de içeren ölçeklerle bakılan korelasyonlardan daha güçlüydü ve bu yönüyle ölçeklerin birlikte geçerliliklerini doğruladı.

#### Ayırt Edici Geçerlilik Analizleri

KYDSÖ, KYDSÖ-A ve KYDSÖ-K'nin MDB tanısı alan ve almayan grupları ayırt edip edemediğine dair sonuçlar Tablo 1 ve Tablo 2'de verilmiştir. Her üç ölçek de DG'yi KG'den ayırt edebilmiştir, DG'de bu ölçeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan alındığı tespit edilmiştir ( $p$  değerleri  $< 0.001$ ). DG, aynı zamanda KYDSÖ ve KYDSÖ-A puanları ile SG ve PG'den daha yüksek puan aldı ( $p$  değerleri  $< 0.001$ ), KYDSÖ-K puanları açısından ise DG, SG'den daha yüksek, ancak PG'den daha düşük puan aldı ( $p < 0.001$ ). Böylelikle çalışma ölçeklerinin ayırt edici geçerliliği olduğu anlaşıldı. Bu sonuçlar Tablo 1 ve Tablo 2'de verilmiştir.

#### Güvenilirlik Analizleri

KYDSÖ'nün tamamı ve her iki faktörü için iç tutarlılık yüksek bulunmuştur (Cronbach  $\alpha$

değerleri sırasıyla 0.920, 0.954 ve 0.862). Ayrıca Cronbach  $\alpha$  değerleri KYDSÖ-A için 0.858, KYDSÖ-K için 0.839 olarak hesaplandı. Madde çıkarılması ile ölçeğin tümünde iç tutarlılıkta önemli bir değişiklik ortaya çıkmamıştır. Düzeltilmiş madde - toplam ölçek korrelasyonları (DMTK) 0.266 - 0.814 arasında değişmiştir. Sadece madde 4 ve 6'nın DMTK değerleri 0.400'un altında bulunmuştur. Bu sonuçlar, ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlılıkları, DMTK ve madde silinirse Cronbach  $\alpha$  değerleri Tablo 3'te yer almaktadır.

#### Klinisyen Tanısı ile Ölçek Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması

Tablo 5'te klinisyenin rutin değerlendirme görüşmesi sonucunda koyduğu tanıyla kullanılan ölçeklere göre belirlenen depresyon alt tiplerinin birbirleriyle kıyaslanmasına dair sonuçlar verilmiştir. Klinisyen değerlendirmesine göre anksiyeteli depresyon sıklığı %35.8 ( $n=75$ ), karma özellikli depresyon sıklığı %1.9 ( $n=4$ ) iken ölçeklere göre anksiyeteli depresyon sıklığı %87.6 ( $n=184$ ), karma özellikli depresyon sıklığı %29.5 ( $n=62$ ) saptanmıştır. Aradaki bu büyük sayısal farklılıklara rağmen istatistiksel açıdan depresyon alt tiplerinin saptanmasında fark ortaya çıkmamıştır ( $p$  değerleri  $> 0.05$ ). Hem klinisyenin, hem de ölçeklerin anksiyeteli depresyonun varlığı konusunda %31 ( $n=65$ ) olguda uzlaştığı görülmüşken, karma özellikli depresyonun varlığı konusunda bu iki değerlendirmenin hiç örtüşmemiş olması ise dikkat çeken bulgulardan biridir. Klinisyen değerlendirmesinin altın standart olarak kabul edilmesi koşuluyla, mevcut ölçekler-

**Tablo 5.** Klinisyenin tanısıyla ölçeğe göre belirlenen depresyon alt tiplerinin birbirleriyle kıyaslanması

		Klinisyene Göre		$\chi^2$	p
		Depresyon Alt Tipi			
		Yok	Var		
Ölçeğe Göre	Anksiyeteli Depresyon	Yok	16 (7.6)	0.99	0.755
		Var	119 (56.6)		
	Karma Özellikli Depresyon	Yok	144 (68.6)	1.71*	0.322
		Var	62 (29.5)		

*Açıklama.* Sonuçlar sıklık (yüzde) olarak verilmiştir. \* Fisher'in kesin testi sonuçları

den KYDSÖ-A için duyarlılık %62.3, özgüllük %32.5, pozitif prediktif değer %34, negatif prediktif değer %57.9; KYDSÖ-K için duyarlılık %0, özgüllük %81.5, pozitif prediktif değer %0, negatif prediktif değer %97.6 olarak hesaplanmıştır.

## TARTIŞMA

Bu çalışmada KYDSÖ'nün Türk toplumundaki geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması ve klinisyen değerlendirmesi ile ölçeklerden elde edilen puanlara göre MDB alt tipi saptanmasının birbiriyle kıyaslanması amaçlanmıştır. Çalışmanın varsayımları KYDSÖ'nün Türkçe versiyonlarının geçerli ve güvenilir olduğunu konusunda doğrulanırken ölçeklerle değerlendirme sayesinde klinisyen değerlendirmesine kıyasla daha fazla MDB alt tipi tanısı alabilecek olgunun saptanması konusunda doğrulanmamıştır.

Yapı geçerliliğini incelemek için yapılan açıklayıcı faktör analizlerinde tüm sonuçlar KYDSÖ'nün geçerliliğini doğrulamıştır. Tüm maddelerin dahil edildiği analizlerde KYDSÖ için atipik ve karma özellikli depresyona özgü bir faktörün saptanması, bu ölçeğin mevcut depresyon derecelendirme ölçeklerinden ayrı yerde duran konumunu desteklemiştir. Bu yönüyle KYDSÖ klinik uygulamada karma özellikler açısından eksik kalan bir değerlendirme alanını kapatabilecektir. Öte yandan anksiyeteli depresyonu değerlendirmek için eklenmiş olan maddelerin genel depresyon maddelerinden ayrışmamış olması, bu maddelerin genel olarak depresyonda görülen anksiyeteye işaret edebileceğini veya bu maddelerin anksiyeteli depresyon alt tipini saptamak için yeterince ayırt edici olmayabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle KYDSÖ-A, MDB için anksiyeteli depresyon alt tipini saptamada sadece yardımcı bir araç olarak düşünülmelidir ve klinisyenin MDB'ye eşlik eden veya eşik altı belirtilerle giden anksiyete bozukluğu tanımlarını dikkatlice sorgulamasını

gerekliliği kılmaktadır. Nitekim, hiçbir özbidirim ölçeğinin klinisyenin yapılandırılmış tanı koydurucu görüşmesinin yerini alması zaten beklenmez. KYDSÖ için de aynı durum geçerlidir.

Ölçeklerin birlikte geçerlilik analizi sonuçlarına bakıldığında, MDB tanısının şiddetini, üstelik de ters vejetatif belirtileri de içerecek şekilde sorgulayan HDBE ile yüksek oranda korrelasyon gösterdiği anlaşılmıştır. Bu yönüyle KYDSÖ'nün depresyon belirtilerini sorgulamada başarılı olduğu söylenebilir. Ayrıca KYDSÖ'nün faktörleri, KYDSÖ-A ve KYDSÖ-K ile benzer tanıları değerlendirmede kullanılan ölçekler arasındaki anlamlı korrelasyonlar da ölçeğin birlikte geçerliliğini doğrulamıştır.

KYDSÖ, KYDSÖ-A ve KYDSÖ-K'nın MDB tanısı alan ve almayan grupları başarıyla ayırt edebildiği görüldü. Bu sonuçlar da ölçeklerin ayırt ediciliği geçerliliğini destekler niteliktedir.

KYDSÖ özgün çalışmasında ölçeğin iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı yüksek (Cronbach  $\alpha=0.90$ ) olarak bulunmuştur (15). KYDSÖ Türkçe formunda ise iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı Cronbach  $\alpha=0.920$  bulundu. KYDSÖ-A ve KYDSÖ-K için hesaplanan iç tutarlılık katsayıları da beklendiği şekilde yüksek ve özgün ölçek için hesaplanan değerlere yakındı. Böylelikle ölçeklerin güvenilirliği de doğrulanmış oldu. Öte yandan ölçeğin 4. ve 6. maddelerinin DMTK değerlerinin 0.400'ten küçük gelmesinde katılımcıların ters vejetatif depresyon belirtilerini görece düşük oranda işaretlemeleri etkili olmuş olabilir. Diğer DMTK değerleri güvenilirlik açısından yeterli büyüklükteydi.

Klinisyen değerlendirmesi ve ölçek değerlendirmesine göre istatistiksel açıdan depresyon alt tiplerinin saptanmasında fark ortaya çıkmamıştır. Bu sonuç, çalışmada kullanılan ölçek-

lerin depresyon alt tiplerini belirlemede en az klinisyen değerlendirmesi kadar başarılı olduğunu, ancak klinik değerlendirmeye bir üstünlük getiremediğini göstermektedir. Çalışmanın bu konudaki varsayımı bu nedenle doğrulanmamıştır. Ancak, diğer taraftan, DSM 5 ile birlikte getirilen karma özellik belirtecinin kliniğe yansımaya dair çok sayıda eleştiri söz konusudur (50-52). Zira DSM 5'te karma özellik belirteci olarak sayılan belirtiler ile klinisyenlerin karma özellikli MDB tanısı koyarken sıklıkla faydalandığı belirtiler arasında bir fark söz konusudur. DSM 5'in karma özellik belirteçleri arasından dışladığı irritabilite, psikomotor ajitasyon ve distraktibilitenin en sık karşılaşılan klinik görünüm olması DSM 5'in yaklaşımının eleştirilmesine neden olmuştur (53-55). KYDSÖ-K de DSM 5'te tarif edildiği şekliyle bu üç belirtiyi sorgulamamaktadır. Bu nedenle klinisyenlerin karma özellikli MDB tanısı ile ölçeğin sorguladığı diğer belirtileri olumlu işaretleyen katılımcılar nedeniyle saptanan karma özellikli alt tip sıklığı arasında böylesi bir fark çıkmış olabilir. Dahası klinisyenlerin karma özellikli MDB dedikleri ile KYDSÖ-K'ye göre karma özellikli saptanan hiçbir olgunun örtüşmemiş olmasında da DSM 5'in bu kısıtlayıcı yaklaşımı temel neden gibi görünmektedir. Dolayısıyla, bu sonuçlardan klinisyenlerin karma özellikli MDB tanısı koyarken DSM 5 tanı ölçütlerinin dışında bir değerlendirmeyi önceliklendikleri yorumu yapılabilir.

Klinisyen değerlendirmesinin altın standart olarak kabul edildiği koşullarda, çalışma ölçeklerinin daha ziyade birer tarama aracı gibi kullanılabileceğini, ancak öte yandan özellikle KYDSÖ-K ile karma özellikli MDB olmadığı tespit ediliyorsa, bu bilginin, klinisyene başvuru yakınmaları, aile öyküsü, tedaviye yanıtızsızlık gibi birtakım ipuçları doğrudan şüphe uyandırmıyorsa, karma özellikler açısından derinlemesine öykü alınmasına gerek olunmayabileceğini düşündürmektedir. KYDSÖ-A için saptanan pozitif ve negatif prediktif değerler ise klinisyenin anksiyete bozuklukları açısından detaylı sorgulama yapması konusundaki gerekliliği azaltmamaktadır. Bu yönüyle MDB alt tiplerini sorgulamak amacıyla geliştirilmiş bu ölçeklerin rutin klinik değerlendirmeye katkılarının kısıtlı kalabileceği, tanyaya destek olmaktan çok, KYDSÖ-K özelinde, alt tip tanısını dışlamak için yol gösterebileceği, klinisyenle görüşmeden önce doldurulmaları halinde klinisyeni alt tipleri ne kadar detaylı sorgulaması gerektiği konusunda

yönlendirebileceği ve tedavi başlanmış hastalarda alt tip belirtilerinin ne oranda düzeldiği veya karşı uca doğru bir kaymaya yol açıp açmadığının erkenden keşfedilmesini sağlayabileceği söylenebilir.

Klinik uygulamada anksiyeteli ve karma özellikli depresyonun değerlendirilmesi giderek önem kazanmaktadır. Klinisyenlerin tedavi seçenekleri bu alt tiplerin varlığından etkilenmektedir. Bu nedenle KYDSÖ-A ve KYDSÖ-K gibi MDB alt tiplerini özellikle sorgulayan ölçeklerin yaygınlaşması önemlidir. Türkçe'de bu amaçla kullanılacak ilk ölçekler olmaları bu nedenle bu çalışmanın güçlü yönleri arasında sayılabilir. Öte yandan çalışmanın birtakım kısıtlılıkları olduğu da unutulmamalıdır. Öncelikle tanı görüşmeleri rutin klinik değerlendirmelere dayanmaktadır ve yapılandırılmış görüşmeler uygulanmamıştır. Yapılandırılmış görüşmeler ile klinisyenlerin saptayacakları alt tiplerin burada bildirilenlerden daha yüksek çıkacağı kuşku götürmezdir. Ancak bu çalışma planlandığında, rutin klinik uygulamada MDB alt tiplerinin ne oranda doğru tanıdığı, bu oranın çalışma ölçekleriyle artıp artmayacağı araştırma hedefi olarak belirlenmişti. Dolayısıyla aslında yapılandırılmış bir görüşme yapılmaması zaten çalışmanın bu amaçlarıyla uyumludur. Bir başka kısıtlılık, test – tekrar test güvenilirlik analizlerinin yapılmamış olmasıyla ilgilidir. Bir ölçme aracının zaman içerisinde ölçtüğünü iddia ettiği durumu ne kadar tutarlı şekilde ölçeğildiğinin tespiti açısından bu tür bir analiz çalışmanın güvenilirlikle ilgili sonuçlarını güçlendirebilirdi. Katılımcıların tedavilerine dair kimi özelliklerinin ve katılmayı reddeden katılımcıların gerekçelerinin sorgulanmamış olması da kısıtlılıklardandır.

Sonuç olarak, KYDSÖ, KYDSÖ-A ve KYDSÖ-K hastalar tarafından kısa sürede doldurulabilir ve klinisyenler için de hızlı ve kolay bir değerlendirme fırsatı sunar. Türk toplumundaki bu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, bazı kısıtlılıklarına rağmen, bu ölçeklerin klinikte kullanım için uygun olduklarını göstermiştir.

Yazışma Adresi: Doç. Dr., Sedat Batmaz, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Tokat, Türkiye sedat.batmaz@gmail.com

## KAYNAKLAR

1. Ünal B, Güngör Ü. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, Ankara; 2013.
2. Vuorilehto MS, Melartin TK, and Isometsa ET. Course and outcome of depressive disorders in primary care: a prospective 18-month study. *Psychological medicine*. 2009;39:1697-707.
3. Romera I, Perez V, Menchon JM, Delgado-Cohen H, Polavieja P, and Gilaberte I. Social and occupational functioning impairment in patients in partial versus complete remission of a major depressive disorder episode. A six-month prospective epidemiological study. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2010;25:58-65.
4. Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, Lepine JP, de Girolamo G, Vilagut G, Gasquet I, et al. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of affective disorders*. 2007;101:27-34.
5. Tamam L, Karaytuğ MO, Namlı Z. Depresyonun Ekonomik Maliyeti. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry*. 2012;5:103-6.
6. Sobocki P, Ekman M, Agren H, Runeson B, and Jonsson B. The mission is remission: health economic consequences of achieving full remission with antidepressant treatment for depression. *International journal of clinical practice*. 2006;60:791-8.
7. Olfson M, Blanco C, and Marcus SC. Treatment of Adult Depression in the United States. *JAMA internal medicine*. 2016;176:1482-91.
8. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Stewart JW, Warden D, Niederehe G, Thase ME, Lavori PW, Lebowitz BD, et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR\*D report. *The American journal of psychiatry*. 2006;163:1905-17.
9. Rey E. [Using patient report outcomes in the office: a challenge for the physician]. *Anales de medicina interna*. 2007;24:413-4.
10. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 1960;23:56-62.
11. Montgomery SA, and Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1979;134:382-9.
12. Özyüksel B, Ulug B. Depresyon Tanısı Alan Hastalarda Kalıntı Belirtilerin Yetiyitimi ile İlişkisi: 3 Aylık İzlem Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18:323-32.
13. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma. *Psikoloji Dergisi*. 1988;6:118-26.
14. Gülec MY, Gülec H, Simsek G, Turhan M, Sünbül EA. Psychometric properties of the Turkish version of the Patient Health Questionnaire–Somatic, Anxiety, and Depressive Symptoms. *Comprehensive Psychiatry*. 2012;53:623-29.
15. Zimmerman M, Posternak MA, and Chelminski I. Using a self-report depression scale to identify remission in depressed outpatients. *The American journal of psychiatry*. 2004;161:1911-3.
16. Zimmerman M, and McGlinchey JB. Depressed patients' acceptability of the use of self-administered scales to measure outcome in clinical practice. *Annals of clinical psychiatry : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*. 2008;20:125-9.
17. Fava M, Rush AJ, Alpert JE, Carmin CN, Balasubramani GK, Wisniewski SR, Trivedi MH, Biggs MM, and Shores-Wilson K. What clinical and symptom features and comorbid disorders characterize outpatients with anxious major depressive disorder: a replication and extension. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2006;51:823-35.
18. Fichter MM, Quadflieg N, Fischer UC, and Kohlboeck G. Twenty-five-year course and outcome in anxiety and depression in the Upper Bavarian Longitudinal Community Study. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2010;122:75-85.
19. Rhebergen D, Batelaan NM, de Graaf R, Nolen WA, Spijker J, Beekman AT, and Penninx BW. The 7-year course of depression and anxiety in the general population. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2011;123:297-306.
20. Sherbourne CD, and Wells KB. Course of depression in patients with comorbid anxiety disorders. *Journal of affective disorders*. 1997;43:245-50.
21. Goes FS, McCusker MG, Bienvenu OJ, Mackinnon DF, Mondimore FM, Schweizer B, National Institute of Mental Health Genetics Initiative Bipolar Disorder C, Depaulo JR, and Potash JB. Co-morbid anxiety disorders in bipolar disorder and major depression: familial aggregation and clinical characteristics of co-morbid panic disorder, social phobia, specific phobia and obsessive-compulsive disorder. *Psychological medicine*. 2012;42:1449-59.
22. Fava M, Rush AJ, Alpert JE, Balasubramani GK, Wisniewski SR, Carmin CN, Biggs MM, Zisook S, Leuchter A, Howland R, et al. Difference in treatment outcome in outpatients with anxious versus nonanxious depression: a STAR\*D report. *The American journal of psychiatry*. 2008;165:342-51.
23. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington D. C.: American Psychiatric Publishing; 2013.
24. Hasin DS, Sarvet AL, Meyers JL, Saha TD, Ruan WJ, Stohl M, and Grant BF. Epidemiology of Adult DSM-5 Major Depressive Disorder and Its Specifiers in the United States. *JAMA psychiatry*. 2018;75:336-46.
25. A Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder. Washington, D. C.: American Psychiatric Association; 2010.
26. Zigmond AS, and Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 1983;67:361-70.
27. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1997;8:280-7.
28. Zimmerman M, Chelminski I, Young D, Dalrymple K, Walsh E, and Rosenstein L. A clinically useful self-report measure of the DSM-5 anxious distress specifier for major depressive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*. 2014;75:601-7.
29. Judd LL, Schettler PJ, Akiskal H, Coryell W, Fawcett J,

- Fiedorowicz JG, Solomon DA, and Keller MB. Prevalence and clinical significance of subsyndromal manic symptoms, including irritability and psychomotor agitation, during bipolar major depressive episodes. *Journal of affective disorders*. 2012;138:440-8.
30. Swann AC, Lafer B, Perugi G, Frye MA, Bauer M, Bahk WM, Scott J, Ha K, and Suppes T. Bipolar mixed states: an international society for bipolar disorders task force report of symptom structure, course of illness, and diagnosis. *The American journal of psychiatry*. 2013;170:31-42.
31. Goldberg JF, Perlis RH, Ghaemi SN, Calabrese JR, Bowden CL, Wisniewski S, Miklowitz DJ, Sachs GS, and Thase ME. Adjunctive antidepressant use and symptomatic recovery among bipolar depressed patients with concomitant manic symptoms: findings from the STEP-BD. *The American journal of psychiatry*. 2007;164:1348-55.
32. Masi G, Toni C, Perugi G, Mucci M, Millepiedi S, and Akiskal HS. Anxiety disorders in children and adolescents with bipolar disorder: a neglected comorbidity. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2001;46:797-802.
33. Goldberg JF, Perlis RH, Bowden CL, Thase ME, Miklowitz DJ, Marangell LB, Calabrese JR, Nierenberg AA, and Sachs GS. Manic symptoms during depressive episodes in 1,380 patients with bipolar disorder: findings from the STEP-BD. *The American journal of psychiatry*. 2009;166:173-81.
34. Olgıati P, Serretti A, and Colombo C. Retrospective analysis of psychomotor agitation, hypomanic symptoms, and suicidal ideation in unipolar depression. *Depression and anxiety*. 2006;23:389-97.
35. Smith DJ, Forty L, Russell E, Caesar S, Walters J, Cooper C, Jones I, Jones L, and Craddock N. Sub-threshold manic symptoms in recurrent major depressive disorder are a marker for poor outcome. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2009;119:325-9.
36. Benazzi F. Intra-episode hypomanic symptoms during major depression and their correlates. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2004;58:289-94.
37. Sato T, Bottlender R, Schroter A, and Moller HJ. Frequency of manic symptoms during a depressive episode and unipolar 'depressive mixed state' as bipolar spectrum. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2003;107:268-74.
38. Zimmerman M, Chelminski I, Young D, Dalrymple K, and Martinez JH. A clinically useful self-report measure of the DSM-5 mixed features specifier of major depressive disorder. *Journal of affective disorders*. 2014;168:357-62.
39. Angst J, Azorin JM, Bowden CL, Perugi G, Vieta E, Gamma A, Young AH, and Group BS. Prevalence and characteristics of undiagnosed bipolar disorders in patients with a major depressive episode: the BRIDGE study. *Archives of general psychiatry* 2011;68:791-8.
40. Trivedi MH, Rush AJ, Ibrahim HM, Carmody TJ, Biggs MM, Suppes T, Crismon ML, Shores-Wilson K, Toprac MG, Dennehy EB, et al. The Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (IDS-C) and Self-Report (IDS-SR), and the Quick Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (QIDS-C) and Self-Report (QIDS-SR) in public sector patients with mood disorders: a psychometric evaluation. *Psychological medicine* 2004;34:73-82.
41. Mergen H, Tavli T, Ongel K. Validity and Reliability of the QIDS-SR16-Turkish in Comparison with BDI-II Turkish Among Young Outpatient Sample of Turkish University Students. *Archives of Neuropsychiatry* 2012;49:1-5.
42. Blackman KS, Odom AJ, Williamson B, Miller MA, Tewari M, and Weismantel D. Self-report tool for recognizing mania (StORM): a new scale for aiding in the diagnosis of bipolar disorder. *International journal of psychiatry in medicine*. 2014;47:193-205.
43. Eser B, Batmaz S, Yesilyaprak N, Songur E, Yıldız M, Akpınar Aslan E. Mani Tarama ve Tanıma Ölçeği (MAN-TAR): Türkçe sürümün geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2018;29:54.
44. Metzger R. A reliability and validity study of the State-Trait Anxiety Inventory. *Journal of Clinical Psychology* 1976;32:276-8.
45. Öner N, Le Compte A. Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 1983.
46. Lorenzo-Seva U, and Ferrando PJ. FACTOR: a computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behavior research methods*. 2006;38:88-91.
47. Muthén B, Kaplan D. . A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-normal likert variables. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*. 1985;38:171-89.
48. Timmerman ME, and Lorenzo-Seva U. Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychological methods*. 2011;16:209-20.
49. Lambert ZV, Wildt AR, Durand RM. Approximating Confidence Intervals for Factor Loadings. *Multivariate behavioral research* 1991;26:421-34.
50. Akiskal HS, Benazzi F, Perugi G, Rihmer Z. Agitated "unipolar" depression re-conceptualized as a depressive mixed state: implications for the antidepressant-suicide controversy. *J Affect Disord* 2005;85:245-58.
51. Benazzi F, Akiskal HS. Psychometric delineation of the most discriminant symptoms of depressive mixed states. *Psychiatry Res*. 2006;141:81-8.
52. Koukopoulos A, Sani G. DSM-5 criteria for depression with mixed features: a farewell to mixed depression. *Acta Psychiatr Scand*. 2014;129:4-16.
53. Perugi G, Angst J, Azorin JM, Bowden CL, Mosolov S, Reis J, Vieta E, Young AH; BRIDGE-II-Mix Study Group. Mixed features in patients with a major depressive episode: the BRIDGE-II-MIX study. *J Clin Psychiatry*. 2015;76:e351-8.
54. Suppes T, Silva R, Cucchiaro J, Mao Y, Targum S, Streicher C, Pikalov A, Loebel A. Lurasidone for the Treatment of Major Depressive Disorder With Mixed Features: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study. *Am J Psychiatry*. 2016;173:400-7.
55. Takeshima M, Oka T. DSM-5-defined 'mixed features' and Benazzi's mixed depression: which is practically useful to discriminate bipolar disorder from unipolar depression in patients with depression? *Psychiatry Clin Neurosci*. 2015;69:109-16.



# Investigation of childhood traumas in inpatient adults with major depression and with or without attention deficit hyperactivity disorder comorbidity

*Yatarak tedavi gören major depresyon ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu eş tanısı olan ve olmayan erişkinlerde çocukluk çağı travmalarının incelenmesi*

Esin Erdoğan<sup>1</sup>, Dursun Hakan Delibaş<sup>1</sup>, Emel Pasa Baskin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>M.D., <sup>2</sup>PhD., University of Health Sciences, Izmir Bozyaka Training and Research Hospital, Department of Psychiatry, Izmir, Türkiye  
https://orcid.org/0000-0003-0100-652X-https://orcid.org/0000-0001-5907-415X-https://orcid.org/0000-0002-5423-6102

## SUMMARY

**Objective:** Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most common neurodevelopmental disorders of childhood and a significant number of symptoms continue in adulthood. Depression is very common in the daily practice of psychiatrists whereas patients with ADHD comorbidity could not be considered by the clinicians. One of the less studied aspects of adult ADHD is its association with childhood traumas. The aim of this study was to compare adults with major depression (MD) with or without ADHD comorbidity (MD-ADHD) in terms of childhood traumas and the severity of psychopathology. **Method:** 33 inpatients with MD-ADHD and 30 inpatients with MD were included in the study. The diagnoses were made according to DSM-V criteria, and sociodemographic evaluation scale, Wender Utah Rating Scale (WURS), Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Scale (A-ADHDS), Hamilton Depression Scale (HDS), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), and Personal Social Performance Scale (PSPS) were applied to the patients. **Results:** The mean HDS scores of MD-ADHD patients during hospitalization were higher ( $p=0.007$ ), total CTQ scores were higher ( $p=0.006$ ), and mean PSPS scores were lower than the MD group ( $p=0.012$ ). The mean scores of emotional abuse, physical neglect, and physical abuse were higher in MD-ADHD patients ( $p=0.013$ ;  $p=0.017$ ;  $p=0.016$ ; respectively). All trauma scores except emotional neglect and sexual abuse were higher in combined type ADHD than the other two groups. **Discussion:** Depression patients with comorbid ADHD had more severe depression level and lower functionality compared to those with depression alone. It is important to investigate the history of childhood traumas in adults with depression and ADHD comorbidity.

**Key Words:** depression, adult attention deficit hyperactivity disorder, childhood trauma

(*Turkish J Clinical Psychiatry* 2020;23:56-63)

DOI: 10.5505/kpd.2020.54765

## ÖZET

**Amaç:** Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) çocukluk döneminin sık rastlanan nörogelişimsel bozuklarından olup belirtilerin önemli bir bölümü erişkin dönemde de devam etmektedir. Depresyon psikiyatristlerin günlük pratiğinde çok sık yer alırken DEHB'nin birlikte görüldüğü olgular klinisyenlerin dikkatinden kaçabilmektedir. Erişkin DEHB'nin daha az araştırılan bir yönü de çocukluk çağı örselenmeleriyle olan ilişkisidir. Bu çalışmada DEHB eş tanısı olan (MD-DEHB) ve olmayan major depresyon (MD) tanılı erişkinlerin çocukluk çağı örselenmeleri ve psikopatoloji şiddeti açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Araştırmaya yatarak tedavi gören 33 MD-DEHB, 30 MD tanılı olgu alındı. Tanılar DSM-V ölçütlerine göre konulmuş, olgulara sosyodemografik değerlendirme ölçeği, Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ), Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği (E-DEHBÖ), Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Bireysel Sosyal Performans Ölçeği (BSPÖ) uygulanmıştır. **Bulgular:** MD-DEHB'lilerin diğer gruba göre yatış sırasındaki ortalama HDÖ puanı ( $p=0.007$ ), toplam ÇÇTÖ puanları daha yüksek ( $p=0.006$ ), BSPÖ puanları ise daha düşüktü ( $p=0.012$ ). Duygusal istismar, fiziksel ihmal, fiziksel istismar ortalama puanları MD-DEHB'lilerde daha yüksekti ( $p=0.013$ ;  $p=0.017$ ;  $p=0.016$ ). Bileşik tip DEHB'de duygusal ihmal ve cinsel istismar dışındaki tüm travma puanları diğer iki gruptan daha yüksekti. **Sonuç:** DEHB eş tanısı olan depresyon hastaları sadece depresyonu olanlara göre daha şiddetli depresyon düzeyi ve daha düşük işlevsellik gösterdi. Depresyon ve DEHB birlikteliğinde, erişkinlerde çocukluk çağı travma öyküsünün sorgulanması önemlidir.

**Anahtar Sözcükler:** Depresyon, erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, çocukluk çağı travması

## INTRODUCTION

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) has been described as a neurodevelopmental disorder that continues with chronic attention deficit and/or hyperactivity-impulsivity symptoms in adults (1). The classic symptoms of ADHD in adulthood cover a broad spectrum that ranges from normal to a high level of impulsivity and irritability that would require initiating medical treatment. However, the diagnosis of ADHD by clinicians is not easy due to high rates of comorbidity with mood and anxiety disorders (2).

There are many definitions of neglect and abuse in the literature. This definition varies depending on various factors such as the nature of the study, the sociocultural environment, and the intent behind the behavior. The most universal definition of child neglect and abuse is any action or inaction that involves physical, emotional, sexual abuse preventing or slowing down the optimal development of the child. The effects of trauma on child development and behavior are complex and multifaceted. According to the theory of development (3), maltreatment of children adversely affects sensory, cognitive, and mood-related areas. Many studies have been reported important relationships between ADHD and childhood traumas (4,5). Children diagnosed with ADHD are more likely to be exposed to violent behavior due to the biological nature of ADHD as well as the mutual interaction of environmental factors, and they are at a higher risk of child abuse compared to their peers who are not diagnosed with ADHD (6). It is known that the effects of abuse and ADHD persist in adulthood and these effects are associated with adverse life events, various psychopathologies, and loss of psychosocial functioning (occupational, marriage, parenting roles). When the literature is examined, it is seen that all these risks increase when ADHD and abuse are concomitant (7). It has been emphasized that public health policies are particularly important for early recognition and prevention of physical abuse, one of childhood traumas with long-lasting harmful effects (5).

The relationship between ADHD and childhood traumas in the adults has not been studied as inten-

sively as in children. Matsumoto and Imamura investigated the relationship between childhood trauma history, childhood ADHD symptoms and dissociation in adulthood in a prison sample and reported that the frequency of these problems was higher than the general population (8). Semiz et al. (2012) compared adults with ADHD diagnosis according to DSM-IV criteria with healthy controls in terms of physical-emotional abuse, neglect and negative childhood experiences. They reported that negative childhood experiences and emotional abuse and neglect were more common in ADHD cases compared to the control group (9).

Major depressive disorder is among the most common comorbidities with ADHD. It has been reported that there are many problems in education, work, peer relations, social, occupational, and legal fields in cases where depression is comorbid with ADHD (10). When the studies analyzing the relationship between depression and trauma were examined, rate of emotional abuse was higher in adults with a diagnosis of mood and anxiety disorder (11). In another study comparing recurrent major depression group and first episode major depression group, childhood trauma scores were higher in the recurrent major depression group, and a strong relationship was found between childhood trauma and early onset of depression (12). In studies examining the relationship between depression and anxiety, it was found that childhood traumas increased the comorbidity of these disorders (13) and decreased the response to treatment (14). Researchers emphasized that multiple childhood traumas play an important role in depression to become a chronic disorder (15). These findings particularly support the role of emotional neglect and emotional abuse in relation to depression. It has been noted that sexual/physical abuse or violence in the family may be non-specific risk factors for mental disorders (15). Although studies to date have reported that childhood trauma is common in both ADHD and depression, it is noteworthy that cases with depression and ADHD comorbidity are not examined in the samples of these studies. This raises the question: "Does this risk increase in the concomitance of depression and ADHD?"

The aim of this study was to compare adult major depression patients with and without ADHD

comorbidity in terms of childhood traumas. Our hypothesis is that there will be a higher rate of childhood trauma in depression patients with ADHD comorbidity compared to the non-ADHD group, and that psychopathology will be more severe in depression patients with ADHD.

## METHOD

In this study, 71 patients between 18-65 age who were consecutively hospitalized in the psychiatry clinic between June 2014 and June 2015 with the diagnosis of major depression were evaluated to be included in the study and 63 patients were included in the study. 8 patients were excluded from the study due to various reasons (n=3 not wanting to participate in the study, n=3 early discharge, n=2 additional medical comorbidities). Illiterate patients, patients with mental retardation, patients with schizophrenia, patients with bipolar disorder, substance use in the last 3 months, neurological and medical diseases affecting the central nervous system, were not included in the study. The study was approved by the local ethics committee of the hospital in accordance with the Helsinki Declaration. After the study protocol was explained, written informed consent was obtained from all participants. Cases were evaluated by sociodemographic evaluation scale, Wender-Utah Rating Scale Turkish Form (WURS), Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Scale (A-ADHDS), Hamilton Depression Scale (HDS), Childhood Trauma Questionnaire-short form (CTQ), and Personal and Social Performance Scale.

The diagnosis of ADHD and depression was made through criteria based on DSM-V by two psychiatrists (EE, DHD). Patients with a psychiatric diagnosis other than ADHD and depression were excluded. Cases with a Hamilton Depression Scale (HDS) above 16 points during hospitalization were included in the study. WURS was applied to predict and support ADHD diagnosis in childhood in cases with ADHD comorbidity. The WURS results were above 36 points in all patients diagnosed with ADHD by clinical examination.

## Data Collection Tools

*Sociodemographic evaluation scale:* It was prepared by the researchers. Age, gender, educational status, marital status, economic status, and some clinical characteristics such as length of hospital stay, previous suicide attempt were questioned with this form and recorded.

*Wender-Utah Rating Scale Turkish Form (WURS):* It is a likert-type self-report scale rated between 0-4, analyzing childhood ADHD symptoms. It is used to support the diagnosis of ADHD in adults (18). The validity and reliability study of the Turkish version has been performed (19). As suggested by Öncü et al., scores above 36 points were accepted as cut-off point for ADHD in this study.

*Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Scale (A-ADHDS):* It is a 4-point likert-type rating scale designed to examine the symptoms of attention deficit, hyperactivity and impulsivity in adults (20). It consists of three sub-dimensions: Attention Deficit Dimension (ADD), Hyperactivity/Impulsivity Dimension, and characteristics related to ADD/ADHD. The Turkish validity and reliability study has been performed (21).

*Hamilton Depression Scale (HDS):* Developed by Hamilton (22), it is a scale used to measure the severity of depression and the changes in severity of depression in follow-up. The Turkish validity and reliability study was performed by Akdemir et al. (23).

*Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ):* This scale was developed as 70 items by Bernstein in 1994 (24), and then reduced to 54 items in 1995 and adapted to Turkish in 1996 by Şar (25). It is a 5-point likert-type self-report scale. It includes questions about emotional, physical, sexual abuse and physical and emotional neglect in childhood. Şar et al. (2012) conducted the reliability and validity study of the scale and found that the scale had 5 factors. These were physical abuse, sexual abuse, emotional abuse, physical neglect, and emotional neglect. The findings of this study suggest that obtaining more than 5 points for sexual and physical abuse, in other words, a "Yes" answer to any of

the questions albeit at the lowest level should be considered as positive statement. For physical neglect and emotional abuse, this cut-off value is 7 points, and for emotional neglect it is 12 points. It could be noted that the cut-off value for the total scale is around 35. Furthermore, the high correlations obtained between the 28-item current version of the scale and the 54-item previous version show that the findings obtained in the studies conducted with both versions of the scale are comparable.

*Personal and Social Performance Scale (PSPS):* It is a 6-point likert-type scale that evaluates functionality in four dimensions (26). In the PSPS scale, higher scores indicate higher functionality. Validity and reliability study of the Turkish version was performed by Aydemir et al. (27).

#### Data Analysis

All data were analyzed with SPSS 21 statistical package program. Mean, standard deviation and percentage distributions were used as part of descriptive statistical methods. Student t test was used as part of parametric tests to compare the data, and Chi-square test was used to compare categorical variables. One-way analysis of variance (ANOVA) for independent samples was used to examine the difference between more than two groups.  $P < 0.05$  was considered statistically significant.

#### RESULTS

52.4% (n=33) of the cases were female and 47.6% (n=30) were male. The mean age was  $40.27 \pm 9.6$  years. There was no statistically significant difference between the MD-ADHD comorbidity group and the MD group in terms of age ( $p = 0.703$ ), gender ( $p = 0.928$ ), and education ( $p = 0.93$ ) (Table 1).

At the time of hospitalization, MD-ADHD patients had a higher mean HDS score ( $31.11 \pm 5.96$ ) ( $p = 0.007$ ) and a lower mean PSPS score in terms of functionality ( $37.86 \pm 11.62$ ) ( $p = 0.012$ ) compared to the MD patients (Table 1). There was no statistically significant difference between two groups in terms of length of hospitalization ( $p = 0.189$ ). When the two groups were compared in terms of lifetime suicide attempt, the rate of lifetime suicide attempt was higher in the MD-ADHD group and a statistically significant difference was found between the groups ( $df = 1, p = 0.039$ ). In depression patients with ADHD comorbidity, the mean total CTQ score was significantly higher ( $p = 0.006$ ).

No statistically significant difference was found in terms of emotional neglect and sexual abuse scores in depression patients with and without ADHD comorbidity. When the mean scores of emotional abuse ( $p = 0.013$ ), physical abuse ( $p = 0.016$ ), and physical neglect ( $p = 0.017$ ) were evaluated, there

**Table 1.** Comparison of some sociodemographic and clinical characteristics of major depression patients with and without ADHD comorbidity

Mean±SD or n (%)	MD (n=30)	MD+ADHD (n=33)	p
Age	40.89±10.63	39.70±11.20	$T = 0.383$ $p = 0.703$
Sex			
Female (n=33)	%47.4	%48.6	$\chi^2 = 0.008$ $p = 0.928$
Male (n=30)	%52.6	%51.4	
Education (year)	9.16±4.47	9.11±4.30	$z = -0.81$ $p = 0.93$
Hospitalisation length (day)	28.98±18.46	30.68±14.60	$z = -0.78$ $p = 0.189$
A-ADHDS-1 score	3.32±3.08	15.68±5.74	$z = -2.812$ $p = 0.000$
A-ADHSS-2 score	1.88±1.23	13.47±6.32	$z = 2.715$ $p = 0.000$
A-ADHDS-3 score	14.46±9.36	48.56±24.04	$z = -2.648$ $p = 0.000$
WURS	19.86±13.47	56.42±25.66	$z = -2.438$ $p = 0.000$
HDS- admission	25.52±7.54	31.11±5.96	$z = -2.682$ $p = 0.007$
HDS- discharge	17.23±4.84	22.02±5.70	$z = -2.745$ $p = 0.004$
PSPS- admission	45.17±10.98	37.86±11.62	$z = -2.453$ $p = 0.012$
PSPS- discharge	64.05±22.45	67.72±13.54	$z = -0.315$ $p = 0.753$
CTQ-total score	45.42±14.11	59.11±20.60	$z = -2.649$ $p = 0.006$

SD: Standard Deviation, MD: Major Depression, ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, A-ADHDS: Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Scale, HDS: Hamilton Depression Scale, PSPS: Personal Social Performance Scale, CTQ: Childhood Trauma Questionnaire-Short Form,  $p < 0.05$  was considered as statistically significant

**Table 2.** Comparison of the mean sub-scale scores of the major depression patients with and without ADHD comorbidity.

	<b>MD (n=30) Mean±SD</b>	<b>MD+ADHD (n=33) Mean±SD</b>	<b>p</b>
CTQ-Emotional abuse	8.79±3.56	13.14±6.17	z= -2.47 <b>p=0.013</b>
CTQ-Physical abuse	8.53±5.43.	11.46±5.83	z= -2.45 <b>p=0.016</b>
CTQ-Physical neglect	8.95±3.90	11.43±4.48	z=-2.381 <b>p=0.017</b>
CTQ-Emotional neglect	13.16±3.89	14.43±5.54	z= -.695 p=0.487
CTQ-Sexual abuse	7.68±3.85	9.62±6.20	z= -0.925 p=0.355

SD: Standard Deviation, MD: Major Depression, ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, CTQ: Childhood Trauma Questionnaire-Short Form, p<0.05 was considered as statistically significant

were statistically significant differences between the groups (Table 2).

Childhood trauma scores according to ADHD subtypes in depression patients with ADHD comorbidity were compared in Table 3. The mean scores of all trauma subtypes were higher in combined type ADHD.

**DISCUSSION**

In this study, adult depression patients with ADHD comorbidity were compared with gender, age, and education-matched adult depression patients in terms of childhood traumas. It was found that childhood trauma rates were higher in the depression group with ADHD comorbidity.

In the literature, it has been suggested that depression treatment and prognosis is adversely affected in adults with ADHD (28,29), suicidal behavior increases due to impulsivity, and ADHD increases suicide risk by worsening depression (30). In our study, depression scale scores were higher and individual and social performance scores were lower in adults with ADHD at the time of hospitalization. At the time of discharge, although depression scale scores of the patients with depression and ADHD comorbidity were higher, there was no difference between the two groups in terms of individual and

social performances. We think that this may be due to the discharge decisions made based on the patient’s functionality. Furthermore, consistent with the results of previous studies (31,32), lifetime suicidal attempt rates were found to be higher in the ADHD group in this study. In the light of the literature data above and the findings of our study, it is important to evaluate ADHD comorbidity by clinicians in patients with treatment-resistant depression and individual and social dysfunction. More comorbidities and higher treatment costs were observed in adults with ADHD (33-35). Imagawa et al. reported that the mean length of hospitalization in cases with ADHD comorbidity was 22 days (35). In the present study, we could not find any difference between the groups in terms of length of hospitalization. However, this may be related to the characteristics of our clinic where mean hospitalization length does not exceed one month due to the intensity of the need for hospitalization.

Childhood trauma is seen in many psychiatric disorders (15). The presence of childhood trauma adversely affects the course of the accompanied psychiatric condition and its outcomes become more severe (36). In studies conducted on children with ADHD, it has been reported that childhood trauma history is common and traumatic experiences adversely affect prognosis (37,38). There are studies in the literature suggesting that adult

**Table 3.** Comparison of childhood trauma scores according to ADHD subtypes in depression patients with ADHD comorbidity

	<b>ADHD-inattention Mean±SD</b>	<b>ADHD-hyperactiv/impulsivity Mean±SD</b>	<b>ADHD-combined Mean±SD</b>	<b>p</b>	<b>Post-hoc groups evaluation</b>
CTQ-emotional abuse	9.73±5.53	9.20±5.02	15.86±5.48	0.010	Combined>Inattention=Hyperactive/Impul.
CTQ- physical abuse	7.82±3.92	9.60±4.77	13.81±5.55	0.021	Combined> Hyperactive/Impul.=Inattention
CTQ-physical neglect	8.64±2.76	7.80±2.77	13.76±4.18	0.008	Combined>Inattention=Hyperactive/Impul
CTQ-emotional neglect	11.82±5.89	11.00±5.24	16.62±4.55	0.349	Combined>Inattention=Hyperactive/Impul
CTQ-sexual abuse	8.36±3.80	7.60±3.28	10.76±7.52	0.847	Combined=Hyperactive/Impul.=Inattention
CTQ-total score	44.83±17.34	50.62±24.2	68.42±17.88	0.002	Combined> Hyperactive/Impul.=Inattention

SD: Standard Deviation, ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, CTQ: Childhood Trauma Questionnaire-Short Form, p<0.05 was considered as statistically significant

ADHD patients are more likely to experience childhood traumatic events (39,40). In our study, a significant difference was found between the patients diagnosed with depression and the patients with depression and ADHD comorbidity in terms of childhood traumas. Depressive patients with ADHD reported more traumatic childhood experiences in all areas of trauma, except for emotional neglect and sexual abuse. In the literature, the data on the distribution of subtypes of abuse and neglect are variable. Ford et al. (2000) found that severity of physical abuse was higher than other types of trauma in children with ADHD (5). Soysal et al. (2011) investigated the relationship between injury rate and physical abuse/neglect in school-age children with ADHD and healthy controls (41). It has been reported that physical abuse and neglect should be questioned in detail in children with ADHD and history of injury. (41). Sanderud et al. also found that emotional abuse was the second factor associated with ADHD symptoms in young adults (42). Semiz et al. reported that emotional abuse and neglect are common (40). In our study, patients with ADHD differed in terms of emotional abuse, physical neglect and physical abuse scores. Emotional abuse has a direct impact on social support, self-confidence and the risk of bullying at school. Therefore, it can be considered that children with ADHD are at higher risk of physical and emotional abuse. Studies support evidence that children under 9 years of age start to exhibit behavioral problems after being exposed to early childhood trauma (43). The rate of untreated ADHD is higher in the parents of children with ADHD compared to parents of healthy children (44,45). In the context of mental health preventive interventions, it has been suggested that relatives of childhood ADHD cases should be informed, checked, and ADHD treatment should be provided before children are exposed to traumatic experiences (46). Childhood traumas should be examined in adult ADHD patients who have problems in many areas of life due to ADHD, and trauma-centered therapeutic interventions should be applied if necessary (47,48). In this study, the differentiation between the two groups in terms of emotional neglect and sexual abuse may be related to the fact that emotional neglect has an important place in the pathology of both depression and ADHD (15). In a recent meta-analysis, it has been reported that

emotional neglect, a form of silent trauma, has a much stronger relationship with depression (49). In our opinion, the fact that sexual abuse is more dependent on the characteristics of the caregiver and the social environment (45), and that the subjects experience labeling anxiety when making self-reports for sexual abuse may have contributed to the lack of difference between the groups in our study.

When the mean trauma scores were examined in terms of ADHD subtypes, CTQ total score and trauma subtype scores were higher in combined ADHD than the other two groups. In addition, CTQ total score and other trauma scores except sexual abuse and emotional neglect were significantly higher in combined type ADHD. When these results are compared with other studies conducted in children, it is seen that du Prel Carroll et al. (2008) found a relationship between inattentive type ADHD and physical neglect, physical abuse and sexual abuse, and reported a relationship between hyperactive type ADHD and physical neglect (50). Semiz et al. also found a relationship between hyperactivity/impulsivity scores and emotional neglect and abuse, and between inattention and emotional abuse in adults (40). Since emotional neglect and sexual abuse is a non-specific risk factor for any psychiatric disorder, this may be the reason for the lack of significant difference between ADHD subtypes (15).

Since this study has a cross-sectional design, no causal relationship can be established on our results. Furthermore, retrospective questioning the presence of childhood traumas is open to errors such as anxiety of stigmatization in difficult subjects with sexual abuse, difficulty in remembering, and misremembering. The fact that the study group consisted of a patient sample hospitalized in a psychiatric ward with specific rules and conditions (limitation of duration of stay, patient-based decision-making for discharge over the course of follow-up, etc...), not including the control group, and the small sample size may affect the results of the study in terms of frequency and severity. These limitations should be considered when evaluating our results. Despite all the limitations, we believe that our study will contribute to the literature to draw attention and to provide data for childhood

traumas in adult depressive patients with ADHD comorbidity.

## CONCLUSION

In adults with depression and ADHD comorbidity, childhood trauma is more common, and depression is more severe. In the presence of severe depressive episodes, resistance to treatment, and low psychosocial functioning in adult ADHD patients, it will be beneficial for clinicians to examine childhood traumas in terms of treatment management. It is recommended that prospective studies evaluating the incidence of childhood trauma and associat-

ed clinical variables in adults with ADHD and depression should be conducted.

The preliminary data of this study were presented as a verbal presentation in the 21st Annual Meeting and Clinical Education Symposium of Psychiatric Association of Turkey (19-22 April 2017/Antalya).

Correspondence address: M.D. Esin Erdogan, University of Health Sciences, Izmir Bozyaka Training and Research Hospital, Department of Psychiatry, Izmir, Turkey dresin-erdogan@gmail.com

## REFERENCES

1. Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: A selective overview. *Biol Psychiatry* 2005;57:1215-1220.
2. Weinstein D, Staffebach D, Biaggio M. Attention-deficit hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder: differential diagnosis in childhood sexual abuse. *Clin Psychol Rev* 2000;20:359-378.
3. Perry BD. Applying principles of neurodevelopment to clinical work with maltreated and traumatized children: The neurosequential model of therapeutics. Edited by Webb NB. New York, Guilford Press, 2006, pp. 27-52.
4. Briscoe-Smith AM, Hinshaw SP. Linkages between child abuse and attention-deficit/hyperactivity disorder in girls: behavioral and social correlates. *Child Abuse Negl* 2006;30:1239-1255.
5. Ford JD, Racusin R, Ellis CG, Daviss WB, Reiser J, Fleischer A, Thomas J. Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child Maltreat* 2000;5:205-217.
6. Evinç ŞG. Maternal personality characteristics, affective state, and psychopathology in relation to children's attention deficit hyperactivity symptoms and comorbid symptoms. *Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Uzmanlık Tezi*. 2004.
7. Uchida M, Spencer TJ, Stephen V, Faraone SV, Biederman J. Adult Outcome of ADHD: An overview of results from the MGH longitudinal family studies of pediatrically and psychiatrically referred youth with and without ADHD of both sexes. *J Atten Disord* 2018; 22:523-534.
8. Matsumoto T, Imamura F. Association between childhood attention-deficit-hyperactivity symptoms and adulthood dissociation in male inmates: Preliminary report. *Clin Neurosci* 2007;61:444-446.
9. Semiz UB, Cengiz FF, Oner O. Yetişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve örselenme. *Klinik Psikofarmakol Bulteni* 2012;22:29.
10. Fischer AG, Bau CH, Grevet EH, Salgado CA, Victor MM, Kalil KL, Sousa NO, Garcia CR, Belmonte-de-Abreu P. The role of comorbid major depressive disorder in the clinical presentation of adult ADHD. *J Psychiatr Res* 2007;41:991-996.
11. Örsel S, Karadağ H, Kahiloğulları AK, Akgün AE. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2011;12:130-136.
12. Bülbül F, Çakır Ü, Ülkü C, Üre İ, Karabatak O, Alpak G. Yineleyen ve ilk atak depresyonda çocukluk çağı ruhsal travmalarının yeri. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2013;14:93-9.
13. Widom CS, DuMont K, Czaja SJ. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:49-56.
14. Saunders BE, Villeponteaux LA, Lipovsky JA, Kilpatrick DG, Veronen LJ. Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women: A community survey. *J Interpers Violence* 1992;7:189-204.
15. Mandelli L, Petrelli C, Serretia A. The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. *Childhood trauma and adult depression*. *Eur Psychiatry* 2015;30:665-680.
16. APA, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition:DSM-5 Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013; 461-481.
17. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (5. basım, E. Köroğlu, Çev.) 2013; Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
18. Ward MF, Wender PH, Reimherr FW. The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993;150:885-890.
19. Öncü B, Olmez S, Sentürk V. Validity and reliability of the Turkish version of the Wender Utah Rating Scale for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Türk Psikiyatr Derg* 2005;16:252-259.
20. Turgay A. DSM IV'e Dayalı Erişkin Hiperaktivite Değerlendirme Ölçeği (Yayınlanmamış Ölçek). Toronto; 1995.
21. Günay Ş, Savran C, Aksoy UM, Maner F, Turgay A, Yargıç İ. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeğinin (Adult ADD/ADHD DSM-IV Based Diagnostic Screening and Rating Scale) dilsel eşdeğerlilik, geçerlik güvenilirlik ve norm çalışması. *Türkiye'de Psikiyatri* 2006;8:98-107
22. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol*

Neurosurg Psychiatry. 1960;23: 56–62.

23. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996;4:251-259.

24. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, Sapareto E, Ruggiero J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* 1994;151:1132-1136.

25. Şar V, Öztürk E, İkikardeş E. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2012;32:1054-1063.

26. Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101:323–329.

27. Aydemir Ö, Üçok A, Danacı AE, Canpolat T, Karadayı G, Emiroğlu B, Sarıöz F. Bireysel ve sosyal performans ölçeği'nin Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Klinik Psikofarmakol Bülteni* 2009;19:93–100.

28. Alpert JE, Maddocks A, Nierenberg AA, O'Sullivan R, Pava JA, Worthington JJ, Biederman J, Rosenbaum JF, Fava M. Attention deficit hyperactivity disorder in childhood among adults with major depression. *Psychiatry Res* 1996;62:213-219.

29. Bron TI, Bijlenga D, Verduijn J, Penninx BW, Beekman AT, Kooij JJ. Prevalence of ADHD symptoms across clinical stages of major depressive disorder. *J Affect Disord* 2016;197:29-35.

30. Agosti V, Chen Y, Levin FR. Does Attention Deficit Hyperactivity Disorder increase the risk of suicide attempts? *J Affect Disord* 2011;133:595-599.

31. Patros CH, Hudec KL, Alderson RM, Kasper LJ, Davidson C, Wingate LR. Symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) moderate suicidal behaviors in college students with depressed mood. *J Clin Psychol* 2013;69:980-993.

32. Stickley A, Tachimori H, Inoue Y, Shinkai T, Yoshimura R, Nakamura J, Morita G, Nishii S, Tokutsu Y, Otsuka Y, Egashira K, Inoue M, Kubo T, Tesen H, Takashima N, Tominaga H, Koyanagi A, Kamio Y. Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and suicidal behavior in adult psychiatric outpatients. *Psychiatry Clin Neurosci* 2018;72:713-722.

33. Sobanski E, Bruggemann D, Alm B, Kern S, Deschner M, Schubert T, Philippen A, Rietschel M. Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007;257:371–377.

34. Secnik K, Swensen A, Lage MJ. Comorbidities and costs of adult patients diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. *Pharmacoeconomics* 2005;23:93-102.

35. Imagawa H, Nagar SP, Montgomery W, Nakamura T, Sato M, Davis KL. Treatment patterns, health care resource utilization, and costs in Japanese adults with attention-deficit hyperactivity disorder treated with atomoxetine. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2018;14:611-621.

36. Tuscic JS, Flander BG; Mateskovic D. The consequences of childhood abuse. *Pediatrics Today* 2013;9(1):24-35.

37. Thomson FT, Mehta R, Valeo A. Establishing a link between attention deficit disorder/attention deficit hyperactivity disorder and childhood physical abuse. *J Aggress Maltreat Trauma* 2014;23:188-198.

38. Brown NM, Brown SN, Brigs RD, German M, Belamarich PF, Oyuke SO. Associations between adverse childhood experiences and ADHD diagnosis and severity. *Acad Pediatr* 2017;17:349-355.

39. Rucklidge JJ, Brown DL, Crawford S, Kaplan BJ. Retrospective reports of childhood trauma in adults with ADHD. *J Atten Disord* 2006;9:631–641.

40. Semiz ÜB, Öner Ö, Cengiz FF, Bilici M. Childhood abuse and neglect in adult attention deficit/hyperactivity disorder. *Klinik Psikofarmakol Bülteni* 2017;27 (4):344-348.

41. Soysal AŞ, Bayoğlu BU, Gücüyener K. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile örtülü fiziksel istismar ve ihmal. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2011;54:148-153.

42. Sanderud K, Murphy S, Elklit A. Child maltreatment and ADHD symptoms in a sample of young adults. *Eur J Psychotraumatol* 2016;7: 10.3402/ejpt.v7.32061.

43. Hunt TKA, Slack KS, Berger LM. Adverse childhood experiences and behavioral problems in middle childhood. *Child Abuse Negl* 2017;67:391-402.

44. Camcıoğlu T, Yıldız Ö, Ağaoğlu B. DEHB tanısı konmuş çocukların anne babalarında DEHB sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2011;12:212-220.

45. Evinç ŞG, Foto Özdemir D. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda risk ve sonuçları açısından çocuk istismarına bir bakış. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2015;7:166-177.

46. Barlow J, Coren E, Stewart-Brown S. Meta-analysis of the effectiveness of parenting programmes in improving maternal psychosocial health. *Br J Gen Pract* 2002; 52:223-233.

47. Fuller-Thomson E, Lewis DA. The relationship between early adversities and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Abuse Negl* 2015;47:94-101.

48. Fayyad J, Sampson NA, Hwang I, Adamowski T, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Andrade LH, Borges G, de Girolamo G, Florescu S, Gureje O, Haro JM, Hu C, Karam EG, Lee S, Navarro-Mateu F, O'Neill S, Pennell BE, Piazza M, Posada-Villa J, Ten Have M, Torres Y, Xavier M, Zaslavsky AM, Kessler RC; WHO World Mental Health Survey Collaborators. Fayyad J, Sampson NA; Hwang I et al. The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Atten Defic Hyperact Disord* 2017;9:47-65.

49. Infurna MR, Reichl C, Parzer P, Schimmenti A, Bifulco A, Kaess M. Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. *J Affect Disord* 2016;190:47-55.

50. du Prel Carroll X, Yi H, Liang Y, Pang K, Leeper-Woodford S, Riccardi P, Liang X. Family-environmental factors associated with attention deficit hyperactivity disorder in Chinese children: a case-control study. *PLoS One* 2012;7:e50543.



# The effects of the frequency of participation to the community mental health center on insight, treatment adherence and functionality

*Toplum ruh sağlığı merkezine katılım sıklığının içgörü, tedavi uyumu ve işlevselliğe etkisi*

Sengul Sahin<sup>1</sup>, Gulcin Elboga<sup>2</sup>, Abdurrahman Altindag<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Assis. Prof., <sup>2</sup>Assoc. Prof., <sup>3</sup>Prof., Department of Psychiatry, Gaziantep University, Gaziantep, Türkiye  
https://orcid.org/0000-0002-5371-3907-https://orcid.org/0000-0003-3903-1835-https://orcid.org/0000-0001-5531-4419

## SUMMARY

**Objective:** Community Mental Health Centers (CMHC) were established to provide psychosocial support services for patients with severe mental disorders such as bipolar disorder, schizophrenia, unspecified schizophrenia spectrum and other psychotic disorder. The aim of our study was to determine the effects of participation frequency in a CMHC on insight, treatment adherence and functionality in severe mental disorders. **Method:** 362 patients diagnosed with bipolar disorder and psychosis according to the DSM-5 criteria and treated in CMHC were included in this retrospective study. The participation frequency of patients benefited from CMHC services for a year was retrospectively screened. The patients had been evaluated with Clinical Global Impression Scale (CGI), Medication Adherence Rating Scale (MARS), Global Assessment of Functioning (GAF), and Schedule for Assessing the Three Components of Insight (SATCI), and Functional Remission of General Schizophrenia Scale (FROGS). Patients were divided into two groups as bipolar disorder and psychosis (schizophrenia, schizoaffective and USS&OPD). **Results:** The patients had been participated in CMHC services in 6 different frequency groups: 68 (18.8%) once in six months, 62 (17.1%) once in three months, 68 (18.8%) once in two months, 98 (27.1%) once/twice a month, 34 (9.4%) once/twice a week, 32 (8.8%) three/four times a week, respectively. There were significant differences between GAF, CGI, SATCI, MARS, FROGS scores in terms of participation frequencies of psychosis group and there were significant differences between GAF, CGI, MARS scores in terms of participation frequencies of bipolar disorder group at the end of one year. **Discussion:** In general, as the participation frequency increased, insight, treatment adherence and functionality increased. In addition to individual factors, our results will also contribute to determine the frequency of participation in CMHC.

**Key Words:** Community Mental Health, Schizophrenia, Bipolar disorder, Treatment Adherence, Participation Frequency

(*Turkish J Clinical Psychiatry 2020;23:64-71*)

DOI: 10.5505/kpd.2020.49369

## ÖZET

**Amaç:** Toplum ruh sağlığı merkezleri (TRSM) bipolar bozukluk, şizofreni ve belirtilmemiş şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklar gibi ağır ruhsal bozukluklarda hastalara psikososyal destek hizmetleri vermektedir. Bu çalışmanın amacı TRSM'ye katılım sıklığının ağır ruhsal bozukluklarda içgörü, tedaviye uyumu ve işlevsellik üzerindeki etkilerini belirlemektir. **Yöntem:** Çalışmaya, DSM – 5 tanı kriterlerine göre bipolar bozukluk ve psikoz tanısı alan ve TRSM'de takip edilen 362 hasta dahil edildi. Bir yıl boyunca TRSM hizmetlerinden yararlanan hastaların katılım sıklığı retrospektif olarak tarandı. Hastalar Klinik Global İzlem Ölçeği (KGİ), Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (TTUOÖ), Genel İşlevsellik Değerlendirmesi Ölçeği (İGD), İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İDÖ) ve Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) ile değerlendirilmiştir. Hastalar bipolar bozukluk ve psikoz (şizofreni, şizoaffektif, diğer psikotik bozukluklar) olarak iki gruba ayrılarak ayrıca değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Hastalar katılım sıklığına göre 6 farklı grupta değerlendirildi. Hastaların 68'i (% 18.8) altı ayda bir, 62'si (% 17.1) üç ayda bir, 68'i (% 18.8) iki ayda bir, 98'i (% 27.1) ayda bir/iki, 34'ü (% 9.4) haftada bir / iki, 32'si (% 8.8) haftada üç/dört kez TRSM'ye katılım sağlamışlardır. TRSM'ye kayıtlı hastaların klinik değerlendirmelerinde ortalama başlangıç ölçek puanları KGİ 4.11, İGD 48.17, İDÖ 10.26, ŞİLÖ 45.29, TTUOÖ 5.93 olarak hesaplandı. Bir yılın sonunda, KGİ, İGD, İDÖ, ŞİLÖ, TTUOÖ ölçekleri sırasıyla 3.42, 58.57, 13.12, 55.06, 7.94 olarak hesaplandı. Psikoz grubunda katılım sıklıklarına göre KGİ, İGD, İDÖ, ŞİLÖ, TTUOÖ ölçekleri arasında bir yıl sonunda anlamlı farklılık vardı. Bipolar bozukluk grubunda katılım sıklıklarına göre bir yıl sonunda GAF, KGİ, TTUOÖ ölçekleri arasında anlamlı fark vardı. **Sonuç:** Genel olarak katılım sıklığı arttıkça içgörü, tedaviye uyum ve işlevselliğin arttığı gözlemlendi. Bu çalışma ağır ruhsal bozukluklarda bireye özgü faktörlere ek olarak içgörü, tedaviye uyum ve işlevsellikte iyileşme sağlamak için, TRSM'ye katılım sıklığının belirlenmesine katkıda bulunacaktır.

**Anahtar Sözcükler:** Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Şizofreni, Bipolar Bozukluk, Tedavi Uyumu, Katılım sıklığı

## INTRODUCTION

Psychosocial interventions in chronic psychiatric disorders may have long-term effects on symptom recurrence, insight, quality of life and re-hospitalization rates (1). In this context, educational programs have been developed for both patients and their families, and the knowledge and attitudes of the patients and their relatives about the disorder are reviewed. An appointment reminder and coordinator member of the health care team is likely to improve the treatment adherence with multidimensional implementation strategies such as educational materials or meetings (2). However, it should be noted that the use of these intervention hospitals are challenging. Healthcare personnel may not be well-educated to perform the intervention. These interventions must be performed for about 9/12 months, and there may not be enough resource to adequately deliver and evaluate those (3,4). It may be useful to gather the patients with the same diagnosis in small hospitals for psychoeducation. In particular, additional non-pharmacologic treatment options have increased due to the fact that medical treatment alone is not capable of providing the desired clinical response in functioning (3,4). For this purpose, the World Health Organization (WHO) recommends the community-based mental health model (5). The development of CMHCs with outpatient clinics in Turkey was one of the main strategies in a 2008 national action plan on mental health. The basis of the community-based mental health model is that CMHCs keep patients on active treatment as an outpatient. These centers were established to provide psychosocial support services for patients with severe mental illness such as bipolar disorder, schizophrenia, and unspecified schizophrenia spectrum and other psychotic disorder (USS&OPD). Treatment adherence, quality of life and social cognitive functions are impaired in schizophrenia and bipolar disorder (6,7). Therefore, an integrated and multidimensional approach should be used to reduce non-adherence to treatment and increase the quality of life of patients. In patients with chronic mental disorder, psychosocial intervention combined with drug therapy reduces the rate of treatment cessation, decreases the risk of symptom recurrence and improves insight, quality of life and social functioning (1,8). Medical teams of CMHC

are composed of psychiatrists, nurses, social workers, psychologists, occupational therapists. After patients are admitted to CMHC, psychotherapy is given to them, and patients along with their relatives are provided with psychoeducation and skill training by teachers assigned by public education centers, taking their needs and capabilities into consideration within the scope of orientation studies. The studies about participation frequencies were mostly on psycho-education frequency, anti-stigmatization and public awareness (7,9,10). A study found that psychosocial skills training once in two weeks was provided significant contribution in symptoms and functioning in nineteen schizophrenia patients (11). In Turkey, the type and frequency of utilization of the patients in CMHC services are determined by the physician according to the individual-specific conditions. In this context, we could not find a guideline in the literature review.

The aim of this study is to determine the effects of the frequency of participation in CMHC on insight, adherence to treatment, social functions in severe mental disorders such as bipolar disorder, schizophrenia and USS&OPD.

## METHODS

408 patients diagnosed with bipolar disorder, schizophrenia and USS&OPD according to the DSM-V criteria and treated in the Seyhan CMHC were included in this retrospective study between November 2015 and November 2016. The patient exclusion criteria were as follows: under 18 years of age, active substance abuse or dependence, dementia, moderate or severe mental retardation, and organic mental disorder. Accordingly, 46 patients were excluded from the study. The approval for the study was obtained from the Ethics Committee. The clinical assessment scales that were carried out every 6 months were compared for the patients enrolled in the CMHC. The scores obtained from the clinical assessment scales were compared in terms of baseline and one year after. Patients, all had been receiving CMHC services in different frequencies for one year period, were divided into following groups: a) three/four times a week; b) once/twice a week; c) once/twice a month; d) once in two months; e) once in three months; f) once in

six months. In CMHC where the study was conducted, the patients had been subjected to the psychoeducation process for at least every 6 months. Moreover, psychoeducation had been provided in the home environment. The frequency of participation of the patients had been determined by the physician and psychologist according to the severity of the disease. The patients benefited from CMHC every 3 months or more frequently had participated in the collective social activities at CMHC. The patients benefited from CMHC every month or more frequently had participated in daily skill therapies at CMHC. The patients benefited from CMHC every week had participated in group therapies at CMHC (Table 1). With the appropriate schedules specific to the severity of illness, all patients had been contacted at least every 3 months and the patients had been provided with CMHC services by reminding via phone calls. The patient preferences had been also evaluated while determining the frequency of participation. On the other hand, the patients with negative symptoms, low insight and low treatment adherence had been encouraged to participate in CMHC with family support. The diagnosis was determined to be a confounding factor in terms of frequency of participation. Therefore, patients were divided into two groups as bipolar disorder and psychosis (schizophrenia, schizoaffective and USS&OPD)

SPSS 21.0 (IBM Corporation, Armonk, New York, United States) software was used in the analysis of variables. Normal distribution of data was assessed with the Shapiro–Wilk test. The Mann/Whitney U Test was used with Monte Carlo results to compare two independent groups with each other according to the quantitative data. In order to compare the categorical variables, The Pearson Chi/Square, Fisher Exact and Fisher/Freeman-Holton tests were used and provided with Monte Carlo and Exact results. ANOVA (w/Blocks) analysis was used to compare the intergroup changes. The

ANCOVA model was used to examine the covariance effect of continuous variables. Post-hoc (Tukeylards Grouping) analysis techniques were used in order to understand which groups were differentiated. Statistical significance for all cases was determined as  $p = 0.05$ . The variables were analyzed at a confidence interval of 95% and a p value of  $<0.05$  was accepted as statistically significant.

### Assessment Instrument

*Clinical Global Impression Scale (CGI-S):* CGI-S scale is a single-item scale that involves scoring psychopathology from 1 to 7 so as to assess the general (global) severity of the disorders (12).

*Medication Adherence Rating Scale (MARS):* MARS evaluates the drug use behavior of the patient during the previous week. The questionnaire consists of 10 questions and the answer “no” for questions 1-6 and 9-10 and the answer “yes” for questions 7-8 indicates adherence to treatment (13).

*Global Assessment of Functioning (GAF):* GAF is a numeric scale (1 to 100) that evaluates the functioning of the patient from severely impaired to extremely high functioning in 10-point intervals (14).

*Schedule for Assessing the Three Components of Insight (SAI):* This scale is applied by the clinician and assesses insight quantitatively in accordance with three components consisting of adherence to treatment, being aware of the disease and correctly recognizing psychotic experiences. The prepared 7-item schedule for assessing the three components of insight was translated to Turkish by 2 researchers and the scale created by adding 2 items was used. Higher patient score indicates higher level of insight. The reliability and validity study of this

**Table 1.** CMHC programme according to frequency of participation

Programme in CMHC/participation frequency	three/four times a week	Once /twice a week	Once /twice a month	once in two months	once in three months	once in six months
psychoeducation	+	+	+	+	+	+
Collective social activities	+	+	+	+	+	-
Daily skill therapies	+	+	+	-	-	-
Group therapies	+	+	-	-	-	-
Reminding via phone calls	+	+	+	+	+	+

scale in Turkish was conducted (15,16).

**Functional Remission of General Schizophrenia Scale (FROGS):** It consists of 19 items in total, each of which is scored from 1 to 5 points in five domains (“Daily Life”, “Activities”, “Quality of Adherence” “Relational Life”, “Health and Treatment”) used for assessing the disease (17). The scale has 4 subscales, namely, social functioning, health and treatment, daily life skills, and occupational functioning. Reliability and validity study in Turkish was conducted (18).

## RESULTS

A total of 362 patients were included in the study: 159 (43.9%) schizophrenia, 35 (9.7%) schizoaffective disorder, 105 (29%) bipolar disorder and 63 (17.4%) unspecified schizophrenia spectrum and other psychotic disorder (USS&OPD) patients. The patients had been participated in the CMHC services in 6 different frequency groups: 68 (18.8%) once in six months, 62 (17.1%) once in three months, 68 (18.8%) once in two months, 98 (27.1%) once/twice a month, 34 (9.4%) once/twice a week, 32 (8.8%) three/four times a week, respectively. The mean age of the patients was 41.46 years, the mean duration of disease was 23.41 years and the mean number of hospitalization was 5.78. The frequency groups were composed of 224 (61.9%) males and 138 (38.1%) females. There were no significant differences between the groups in terms of duration of disorders onset, number of admissions to hospital, history of alcohol consumption, smoking and substance abuse, diagnosis distribution and ECT history. The sociodemographic

data of the patients are shown in Table 2.

There was a significant association between age, marital status and sex with participation. There was no significant difference between the mean age of the patients who had been participated three/four times a week and once/twice a week ( $P=0.405$ ); there was a statistically significant difference between the mean age of the patients who had been participated three/four times a week and once/twice a month, once in two months, once in three months, once in six months, respectively ( $p < 0.05$ ).

There was no statistically significant difference between FROGS1 ( $P=0.44$ ) and CGI1 ( $P=0.056$ ) scales of psychosis group in terms of participation frequencies. There was statistically significant difference between GAF1 ( $P=0.02$ ), MARS1 ( $P=0.01$ ), SAI1 ( $P=0.01$ ), GAF2 ( $P=0.01$ ), CGI2 ( $P=0.01$ ), MARS2 ( $P=0.01$ ), SAI2 ( $P=0.01$ ), FROGS2 ( $P=0.01$ ) scales of psychosis group in terms of participation frequencies. Comparison between groups with mean assessment scores are shown in Table 3.

There was no statistically significant difference between GAF1 ( $P=0.21$ ), CGI1 ( $P=0.21$ ), SAI1 ( $P=0.62$ ), MARS2 ( $P=0.71$ ) scales of bipolar disorder group in terms of participation frequencies. There was statistically significant difference between MARS2 ( $P=0.04$ ), GAF2 ( $P=0.01$ ), CGI2 ( $P=0.01$ ), SAI2 ( $P=0.04$ ) scales of bipolar disorder group in terms of participation frequencies. Comparison between groups with mean assessment scores are shown in Table 4.

**Table 2.** Sociodemographic data of patients

	Total	Frequency of participation to Community Mental Health Center						p
		Once in six monthly	Once in three monthly	Once in two monthly	once/twice monthly	once/twice weekly	three/four times weekly	
Age	41.46–12.71	42.59–14.02	45.44–12.89	43.12–12.96	40.78–11.88	37.39–9.99	34.59–10.35	0.001*
Sex	224/138	36/32	33/29	46/22	54/44	25/8	30/3	0.01*
(Male/Female)	%61.9/%38.1	%52.9/%47.1	%53.22/%67.8	%67.64/%32.36	%55.10/%44.90	%75.75/%24.25	%90.9/%9.1	
Marital status	122/240	26/42	23/39	24/44	41/57	6/27	2/31	0.08
Married/Single	%33.7/%66.3	%38.2/%61.8	%37.1/%62.9	%35.3/%64.7	%41.8/%58.2	%20.6/%79.4	%3.1/%96.9	
Smoking	20/155	37/31	35/27	37/31	56/42	20/14	22/10	0.809
Yes/No	%54.4/%45.6	%56.5/%43.5	%54.4/%45.6	%54.4/%45.6	%57.1/%42.9	%58.8/%41.2	%61.8/%38.2	
Education Years	7.37–4.14	6.62–4.12	6.76–3.85	7.25–4.34	7.74–4.37	7.85–3.72	8.72–3.70	0.133
Onset Age	23.41–9.18	24.49–10.58	25.61–10.64	24.12–9.06	22.44–8.20	20.24–6.83	21.64–7.05	0.057
Hospitalisation	5.78–7.02	6.08–8.25	4.39–6.77	5.46–6.5	5.71–6.79	7.59–7.17	7.07–6.14	0.32

**Table 3.** Comparison between assessment scales in terms of participation frequency in psychosis group

Participation frequency	Adjusted Mean – SD						Significant differences between groups
	A	B	C	D	E	F	
GAF1	51.0 – 4.0	46.9 – 4.1	40.8 – 2.3	38.4 – 2.8	45.7 – 3.1	39.1 – 3.0	A*D,F
CGI1	3.8–0.2	4.1– 0.2	4.2– 0.1	4.6– 0.1	4.1– 0.1	4.4– 0.1	No
MARS1	6.8– 0.7	6.9 – 0.8	5.0 – 0.4	5.1 – 0.5	6.2– 0.6	4.2– 0.5	A*F B*F
SAI1	14.0 – 1.4	10.8–1.4	8.8–0.8	7.6 – 0.9	10.3–1.0	7.2–1.0	A*C,D,F
FROGS1	48.7–3.8	45.2 – 4.1	44.9 – 2.26	39.7 – 2.73	46.3 – 3.03	44.5 – 2.9	No
GAF2	71.9–3.8	65.6– 3.8	53.2–2.2	47.0–2.6	50.8–2.96	42.8 – 2.8	A*C,D,E,F B*C,D,E,F
CGI2	2.8– 0.2	3.1– 0.2	3.5– 0.1	4.1– 0.1	3.5– 0.1	4.2– 0.1	A*D,F B*D,F C*D,F E*F
MARS2	10.1– 0.5	9.1 – 0.53	7.5– 0.3	6.89– 0.3	7.6– 0.4	5.7– 0.3	A*C,D,E,F B*D,F C*F D*F E*F
SAI2	16.1–1.05	15.1– 1.07	12.6– 0.6	10.9 – 0.73	12.3 – 0.8	9.2– 0.7	A*C,D,E,F B*D,F C*F D*F E*F
FROGS2	69 – 3.8	63.6– 4.05	56.3 – 2.2	46.7 – 2.6	51.6– 2.9	47.3 – 2.8	A*C,D,E,F B*D,F

**A:** Three/four times a week, **B:** Once/twice times a week, **C:** Once/twice a month, **D:** once in two months, **E:** once in three months, **F:** once in six months \*There is significant differences between those groups

As a result of the clinical evaluations of all patients who were enrolled in CMHC, the mean baseline scores were calculated as CGI-S 4.11, GAF 48.17, SATCI 10.26, FROGS 45.29, and MARS 5.93. At the end of a year, the CGI-S was calculated as 3.42, GAF 58.57, SATCI 13.12, FROGS 55.06, MARS 7.94, respectively. There was a significant difference between baselines and 'end of one year' scores in all of these assessment scales (Table 5).

## DISCUSSION

This study investigated the changes in functionality, treatment adherence, and insight according to the frequency of participation with a structured model in the CMHC services among the patients enrolled in CMHC. We evaluated the clinical assessment scales of the patients with schizophrenia, schizoaffective, USS&OPD, and bipolar disorder that we had been followed up for one year at the baseline and at the end of one year. We investigated the

effects of the frequency of participation in the CMHC on insight, treatment adherence and functionality. First finding, there was a significant association between age, marital status, sex and participation frequency. The ratio of male sex was 90.9% in patients participated three/four times a week, while it was 52.9% in patients participated once in six months. The female patients with schizophrenia are more active and have a broader social network than the affected males, who are more likely to be harmed by negative symptoms (19). However, a study found that the users of early psychosis services were significantly younger, and more likely to be male, and another study found that male patients with schizophrenia are more likely to visit the mental health rehabilitation unit because of greater disease severity (20,21).

A study from Turkey on the perception of the disease, most of the schizophrenia participants were male (22). In our study, the majority of the participants were young males and they were mainly sing-

**Table 4.** Comparison between assessment scales in terms of participation frequency in bipolar disorder group

Participation frequency	Adjusted Mean – SD						Significant differences between groups
	A	B	C	D	E	F	
GAF1	49.5– 5.4	55.9–4.8	52.9– 2.9	62.6 –3.5	51.3 –3.5	54.83– 3.2	No
CGI1	3.85–0.2	4.4– 0.2	3.93 – 0.14	3.7–0.17	3.8–0.16	3.7– 0.1	No
MARS1	6 – 0.99	5.2– 0.8	5.6– 0.5	6.9–0.6	8.0–0.6	6.4– 0.6	B*E C*E
SAI1	10.1–1.7	11 –1.6	11.1 –0.9	12.8–1.1	12.2–1.15	10.4– 1.08	No
GAF2	75.3 –4.6	71.6 –4.1	65.6–2.5	70.2 –3.0	59.6 –2.9	58.4 – 2.8	A*F
CGI2	2.59 – 0.2	3.1 – 0.2	3.0–0.13	3.02–0.1	3.29–0.1	3.51– 0.1	A*F
MARS2	9.5–0.7	8.3– 0.6	8.42– 0.4	8.37–0.4	8.5–0.4	7.9– 0.4	No
SAI2	14.4– 1.	14.9– 1.1	14.6–0.6	14.8 –0.8	14.5 –0.7	12.0– 0.7	F*A,B,C,D,E

A: Three/four times a week, B: Once/twice times a week, C: Once/twice a month. D: once in two months, E: once in three months, F: once in six months \*: There is significant differences between those groups

le. Also these results could be associated with sociocultural norms of our country. There were only three female patients who participated three/four times a week. Two of them were accompanied by one of the family while coming to CMHC.

In terms of functionality, both GAF II scale used in all patients including bipolar disorder and FROGS II scale used only in patients with psychosis showed a significant improvement compared to the baseline scales. Interventions to improve treatment adherence, psychoeducation and other psychosocial interventions, antipsychotic long-acting injections, electronic reminders, and service-based interventions, all have certain evidence in terms of efficacy. Psychosocial interventions using a combination of approaches seem to be more effective than the one-dimensional approaches (23). The day hospitals provide a comprehensive treatment approach that contributes to the early systematic use of all available and effective treatment modalities in the early stages of psychotic disorders. Furthermore, day hospitals aim to obtain and maintain remission and recovery as well as insight and adherence to treatment (24,25). The CMHC include all these methods in all patients with psychosis as well as bipolar disorders.

In patients with schizophrenia, psychosocial intervention combined with drug therapy reduces the rate of treatment cessation and alteration, decreases the risk of recurrence and improves insight,

quality of life and social functioning (1,23). In Turkey; Deveci et al. showed that after six months of psychosocial skills therapy (every 2 weeks skills therapy and homework) treatment compliance, treatment efficiency and quality of life have been increased (11). In our study, participation in CMHC activities even once in six months contributed to the illness positively in terms of insight and functioning in all patients.

Active participation of patients in treatment generally increases satisfaction, facilitates treatment adherence and reduces symptom burden in some cases (11,26). If at least participation once per week is considered to be active participation, it is clear that the greatest improvement is achieved in this active group. But there was no significant difference between once/twice week participation and three/four times a week participation according to GAF, FROGS, MARS and SATCI scales in both psychosis and bipolar disorder groups. It is pre-

**Table 5.** Baseline and one year after scores of the assessment scales in all diagnostic groups

	Baseline	End of one year
CGI	4.11–0.97	3.42–0.96
GAF	48.17–19.69	58.57–19.05
SAI	10.26–6.47	13.12–4.83
FROGS	45.29–17.19	55.06–17.64
MARS	5.93–3.6	7.94–2.62

CGI: Clinical Global Impression Scale, MARS: Medication Adherence Rating Scale, GAF: Global Assessment of Functioning, SAI: Schedule for Assessing the Three Components of Insight, FROGS: Functional Remission of General Schizophrenia Scale

dictable that there is no difference in terms of treatment adherence and insight since both groups receive equal number of group therapy, psychoeducation and collective social activities. However, considering that the difference between two groups is only participation in daily skill activities, it is suggested that once/twice week participation is not different from three/four times week participation in terms of increasing the functionality in both diagnostic groups. There were no significant differences between participation frequencies in terms of SAI baseline scores in bipolar disorder patients. But, psychosis patients with high level of insight had a significantly higher participation such as three/four times a week. No such prediction arose in the treatment adherence. A study has found that poor pre-morbid functioning and poor insight predict the medication refusal in psychosis (27). Similarly our results show that poor insight was related to the decrease in participation frequency in psychosis while there was no relation in bipolar group.

A limitation of our study was the lack of a control group consisting of patients getting only outpatient clinic services. Furthermore, there were significant differences between age, marital status, sex and in terms of participation frequency. But the frequency of participation has been linked to the claims of the patients, with the recommendation of the CMHC team and young single male patients preferred to participate in the CMHC services more. It may be posited that patients with better insight/ adherence and lower severity of symptoms might be more motivated to attend the CMHC. However, the patients with negative symptoms, low insight and low treatment adherence had been encouraged to participate in CMHC with a member of his/her family until they got used to coming alone. The role of the CMHC team in determining the frequency of participation is crucial. Another limitation of this study is the low number of participants for each frequency groups.

## CONCLUSION

According to the CMHC participation frequencies, there was a significant difference between the baseline and the end of one year in all clinical assess-

ment scales. In general, the frequency of participation associated with insight, treatment adherence, functionality in psychosis group and insight, functionality in bipolar disorder group at the end of one year. It was noteworthy that participation in the activities of CMHC even once in six months with communication at least every three months via phone calls and reminding appointments contributed to the illness positively. No significant difference between once/twice a week participation and three/four times a week participation can be a guide for CMHC medical team to determine the frequency of participation. However, individual variables should be taken into consideration. In addition to individual factors, our results will also contribute to the determination of the frequency of participation with a structured model in the CMHC.

**Acknowledgements:** The authors acknowledge to Mental Health Center team; Yumusak MM, Gonul N, Kuruoglu H, Boz A, Topal R for assistance with collection of data.

---

Correspondence address: Assis. Prof. Sengül Sahin, Department of Psychiatry, Gaziantep University, Gaziantep, Türkiye snglkcmr@hotmail.com

---

## REFERENCES

1. Guo X, Zhai J, Liu Z, Fang M, Wang B, Wang C, Hu B, Sun X, Lv L, Lu Z, Ma C, He X, Guo T, Xie S, Wu R, Xue Z, Chen J, Twamley EW, Jin H, Zhao J. Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of early-stage schizophrenia: a randomized, 1-year study. *Arch gen psychiatry* 2010; 67: 895-904.
2. Giralanda F, Fiedler I, Ay E, Barbui C, Koesters M. Guideline implementation strategies for specialist mental healthcare. *Curr Opin Psychiatry* 2013; 26: 369-375.
3. Wiedemann G, Hahlweg K, Müller U, Feinstein E, Hank G, Dose M. Effectiveness of targeted intervention and maintenance pharmacotherapy in conjunction with family intervention in schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 251: 72-84.
4. Sin J, Gillard S, Spain D, Cornelius V, Chen T, Henderson C. Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2017; 56: 13-24.
5. Organization WH. The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope. World Health Organization; 2001.
6. Randall JR, Vokey S, Loewen H, Martens PJ, Brownell M, Katz A, Nickel NC, Burland E, Chateau D. A systematic review of the effect of early interventions for psychosis on the usage of inpatient services. *Schizophr bull* 2015; 41:1379-1386.
7. Mishra A, Krishna GS, Alla S, Kurian TD, Kurian J, Ramesh M, Kishor M Impact of Pharmacist- Psychiatrist Collaborative Patient Education on Medication Adherence and Quality of Life (QOL) of Bipolar Affective Disorder (BPAD) Patients. *Front pharmacol* 2017; 8: 722.
8. Semahegn A, Torpey K, Manu A, Assefa N, Tesfaye G, Ankomah A. Psychotropic medication non-adherence and associated factors among adult patients with major psychiatric disorders: a protocol for a systematic review. *Syst Rev* 2018; 7:10.
9. Daumerie N, Vasseur SB, Giordana J, Bourdais CM, Caria A, Roelandt J. Discrimination perceived by people with a diagnosis of schizophrenic disorders. International study of Discrimination and stigma Outcomes (INDIGO): French results. *Encephale* 2012; 38: 224-31.
10. Sims H, Sanghara H, Hayes D, Wandiembe S, Finch M, Jakobsen H, Tsakanikos E, Okocha CI, Kravariti E. Text message reminders of appointments: a pilot intervention at four community mental health clinics in London. *Psychiatr Serv* 2012; 63: 9161-9168.
11. Deveci A, Esen-Danaci A, Yurtsever F, Deniz F, Gürlek Yüksel E. The effects of psychosocial skills training on symptomatology, insight, quality of life, and suicide probability in schizophrenia. *Türk Psikiyatri Derg* 2008; 19: 266-73.
12. Targum SD, Houser C, Northcutt J, Little JA, Cutler AJ, Walling DP. A structured interview guide for global impressions: increasing reliability and scoring accuracy for CNS trials. *Ann gen psychiatry* 2013; 12: 2.
13. Thompson K, Kulkarni J, Sergejew A. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophr res* 2000; 42: 241-7.
14. Jones SH, Thornicroft G, Coffey M, Dunn G. A brief mental health outcome scale-reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *The Br J Psychiatry* 1995; 166: 654-9.
15. David AS. Insight and psychosis. *The Br J Psychiatry* 1990; 156: 798-808.
16. Arslan S, Günay Kılıç B, Karakılıç H. Assessment of Three Components of Insight reliability and validity. *Türkiye'de Psikiyatri* 2000; 3:17-24.
17. Llorca P-M, Lancon C, Lancrenon S, Bayle F-J, Caci H, Rouillon F, Gorwood P. The "Functional Remission of General Schizophrenia"(FROGS) scale: development and validation of a new questionnaire. *Schizophr Res* 2009; 113: 218-25.
18. Emiroglu B, Karadayi G, Aydemir O, Cok A. Validation of the Turkish Version of the " Functional Remission of General Schizophrenia"(FROGS) Scale. *Arch Neuropsychiatry* 2009; 46: 15-24.
19. Roy MA, Maziade M, Labbe A, Merette C. Male gender is associated with deficit schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2001; 47: 141-147.
20. Anderson KK, Norman R, MacDougall AG, Edwards J, Palaniyappan L, Lau C, Kurdyak P. Disparities in Access to Early Psychosis Intervention Services: Comparison of Service Users and Nonusers in Health Administrative Data. *Can J Psychiatry* 2018; 63: 395-403.
21. Petkari E, Mayoral F, Moreno-Küstner B. Gender matters in schizophrenia-spectrum disorders: Results from a healthcare user-epidemiological study in Malaga, Spain. *Compr Psychiatry* 2017; 72: 136-143.
22. Güner, P. Illness perception in Turkish schizophrenia patients: a qualitative explorative study. *Archives of psychiatric nursing*, 2014;28:405-412.
23. Cakir S, Ozerdem A. Psychotherapeutic and psychosocial approaches in bipolar disorder: a systematic literature review. *Türk Psikiyatri Derg* 2010; 21: 143-54.
24. Sago D, Filipcic I, Lovretić V, Mayer N. Day hospital for early intervention for individuals with psychotic disorders. *Psychiatr Danub* 2018; 30: 192-197.
25. Şahin Ş, Elboğa G. Toplum ruh sağlığı merkezinden yararlanan hastaların yaşam kalitesi, tıbbi tedaviye uyumu, iğgörü ve işlevsellikleri. *Cukurova Medical Journal*, 2019; 44:1-1.
26. O'Connor AM, Stacey D, Entwistle V, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Thomson R, Trevena L, Wu JH. . Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3:CD001 431, 2001.
27. Lambert M, Conus P, Cotton S, Robinson J, McGorry PD, Schimmelmann BG. Prevalence, Predictors, and Consequences of Long-Term Refusal of Antipsychotic Treatment in First-Episode Psychosis. *J Clin Psychopharmacol* 2010; 30: 565-572.



# Psikotik bozukluk tanılı hastalarda uzun etkili, oral ve kombinasyon antipsikotik tedavilerinin değerlendirilmesi

## *Evaluation of long acting, oral and combination antipsychotic treatments in patients with psychotic disorder*

Yasir Şafak<sup>1</sup>, Süheyla Doğan Bulut<sup>1</sup>, Hasan Karadağ<sup>2</sup>, Sibel Orsel<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Uzm. Dr., <sup>2</sup>Doç. Dr., <sup>3</sup>Prof. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-3196-5089>-<https://orcid.org/0000-0002-7405-5982>-<https://orcid.org/0000-0001-9487-3424>-<https://orcid.org/0000-0003-0184-7038>

### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada oral antipsikotik (OA), uzun etkili antipsikotik (UEA) ve her iki formun kombinasyonu (OA+UEA) ile izlenen psikotik bozukluk tanılı hastalarda klinik gidişat, ilaç yan etkilerinin değerlendirilmesi ve klinisyenlerin ilaç form tercihleri ile klinik değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanılı hastalarla izlenen 250 hastanın veri tabanından sosyodemografik özellikleri, kullanılan antipsikotikler ve Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS), Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SAPS), Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SANS), İşlevselliğin genel değerlendirilmesi (GAF) puanları, ilaç yan etkileri incelenerek, OA, UEA (2-4 hafta), OA+UEA kullanan üç grup arasında parametrik ve non-parametrik istatistiksel yöntemler ile analiz yapılmıştır. **Bulgular:** OA+UEA kullananlarda BPRS skorları OA veya UEA kullananlara göre daha yüksektir. OA kullananlarda OA+UEA kullananlara göre SAPS ve SANS skorlarının düşük, GAF skorları daha yüksektir. 4 haftalık UEA kullananlarda BPRS puanları OA ve 2 haftalık UEA kullananlardan yüksektir. OA kullananların SANS, SAPS puanları 4 haftalık UEA kullananlara göre daha düşük, GAF puanları ise 2 haftalık ve 4 haftalık UEA kullananlardan yüksektir. **Sonuç:** Çalışmamızda klinik açıdan şiddetli olgularda UEA ile kombinasyon tedavilerinin daha çok tercih edildiği saptanmıştır. UEA kullanımı amaçlanandan farklı olarak çoklu ve yüksek doz ilaç kullanımına yol açabilmektedir. Tedavi algoritmalarında tedavi yanıtı düşük olgularda, uzun etkili formların kullanımını içeren kanıta dayalı verilere ihtiyaç vardır.

**Anahtar Sözcükler:** Şizofreni, antipsikotikler, yan etkiler

(*Klinik Psikiyatri Dergisi 2020;23:72-82*)

DOI: 10.5505/kpd.2020.42103

### SUMMARY

**Objective:** The aim of this study was to evaluate the clinical progress, the drug side effects and the relationship between clinical variables and the clinical progress of patients with psychotic disorder who use oral antipsychotic (OA), long-acting antipsychotic (LAA) and combination of two forms (OA+LAA). **Method:** The variables of 250 patients with schizophrenia and other psychotic disorders were analyzed retrospectively from the patient database. The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), the Scale for the Assessment of Positive symptoms (SAPS), the Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS), Global Assessment of Functioning (GAF) measurements, clinical variables related to the disease and adverse effects were recorded in the database. The analysis was performed between three groups according to antipsychotic use as OA, LAA (2-4 weeks), OA+LAA with parametric and non-parametric statistical methods. **Results:** In OA+LAA users, BPRS scores were higher than those using OA or LAA. In OA users, the SAPS and SANS scores were lower and GAF scores were higher than those using OA+LAA. In 4-week LAA users, BPRS scores were higher than those using OA and 2-week LAA. Those with OA had lower SANS, SAPS scores than those with 4-week LAA, and GAF scores were higher than those using LAA for 2 weeks and 4 weeks. **Discussion:** In our study, it was found that combination therapy with LAA was more preferred in clinically severe cases. The use of LAA may lead to the use of multiple and high-dose drugs, unlike the intended use. Evidence-based data are needed in treatment algorithms in cases with low treatment response, including the use of long-acting forms.

**Key Words:** Schizophrenia, antipsychotics, side effects

## GİRİŞ

Şizofreni, pozitif, negatif ve bilişsel belirtilerle karakterize, genellikle akademik, iş veya sosyal ilişkiler gibi önemli işlevsellik alanlarında yeti yitimi ile giden kronik, ağır bir ruhsal bozukluktur (1,2). Şizofreni tedavisinde antipsikotik ilaçların yeri tartışılmazken, şizofreni hastalarının büyük çoğunluğunun (%84) takiplerinde oral antipsikotik ilaç (OA) tedavisine devam etmediği ve uzun dönem takiplerinde %40-50'sinin tedaviye uyum göstermediği dikkat çekmektedir (3,4,5,6,7).

Tedavi uyumunu artırmak için uzun etkili antipsikotik ilaçlar (UEA) 1960'lı yıllarda şizofreninin uzun süreli tedavisinde yer almaya başlamıştır (8). UEA'ların farmokinetik özellikleri ile belirli bir dozda plazma düzeylerinde kararlı konsantrasyon sağlayarak doz değişkenliğini azaltıyor olmasının, yinelemeyi önlemede OA'lara göre daha etkin oldukları bildirilmektedir (9,10). Bu nedenlerle, şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların uzun dönem sağaltımında UEA'lar günümüzde tercih edilen bir tedavi yöntemi olmaktadır (11). Literatürde UEA ile ilgili yapılan çalışmalar derlendiğinde şizofreni hastalığının sürdürüm tedavisinde UEA'ların hastalar için tedavi uyumunu artırma, yineleme oranlarında düşme ve yaşam kalitesini artırma gibi birçok faydasının olduğu, bunun yanı sıra vizit sıklığının azalması ve tedavi maliyetlerinde artış gibi olumsuz etkilerinin de olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır (12,13). Ülkemizde UEA'lar ile OA'ların karşılaştırıldığı bir çalışmada uzun etkili 2. kuşak antipsikotik formlarının oral 2. kuşak antipsikotik formlarına göre ilaç yan etkisi ve yaşam kalitesi bakımından daha olumlu sonuçlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (14). Yine yakın zamanda ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ilaç yan etkilerinin UEA ve OA kullanımlarında benzer olduğu, UEA kullananlarda intihar oranının ve EKT tedavisi görmüş olma oranının daha az olduğu bildirilmiştir (15). UEA'ları birebir karşılaştıran çalışmalar az olmakla birlikte, birinci ve ikinci kuşak uzun etkili ilaçları içeren çalışmalarda antipsikotik ilaçlar arasında farklılık saptanmamıştır (12,14,16,17,18). Bir diğer tartışma konusu da tedavi uyumu açısından antipsikotiklerin uygulanma süresidir. UEA'lar 1-4, 6, 8 ve 12 hafta aralıklarla uygulanmaktadır. Literatürde UEA'ların uygulanma sıklıklarının karşılaştırıldığı az sayıda

çalışma vardır. Bu çalışmalarda uygulama sıklığı 4 hafta olan UEA'ların zamandan kazanç sağladığı ancak etkinlik açısından diğer uygulama sıklıklarından farklı olmadığı bildirilmektedir (19,20,21,22).

Şizofreni tedavisinde UEA'ların kullanılmasının OA'lara göre önemli avantajları olmasına rağmen halen klozapin kullanımının diğer tüm antipsikotiklerden üstün olduğuna dair çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalar diğer antipsikotiklere yanıt vermeyen hastalarda, klozapinin güçlü, klinik olarak anlamlı etkinliğini ortaya koymaktadır (23,24). Klozapin, genellikle hastalık sürecinde ilk tercih olarak değil, son çare olarak kullanılır. Ancak, yeni bir tedavi stratejisine ihtiyaç duyulduğunda, klozapinin olası yan etkilerinden çekinen klinisyenler klozapin başlamak yerine ilaçları kombine etmeye karar verir. Ancak kombinasyon tedavilerinin yan etki düzeylerinin klozapinden çok da farklı olmadığı bildirilmiştir (24).

Şizofreni tedavisinde çoklu ilaç kullanımı hastalığın kronik gidişi, en uygun yanıtı elde etmedeki yetersizlikler ve yan etkiler gibi nedenlerle söz konusu olmaktadır (25). Tedavi algoritmalarında çoklu antipsikotik kullanımı önerilmemekle birlikte, klinisyenlerin son 10 yılda %16.7-%37.1 oranında çoklu antipsikotik tedavi uyguladıkları bildirilmektedir (26). Günümüzde 1. kuşak- 2. kuşak antipsikotik kombinasyonları veya 2 veya daha fazla 2. kuşak antipsikotik kombinasyonu sıklıkla tercih edilmektedir. Literatürde kontrollü çalışmaların bulunmaması nedeniyle çoklu ilaç kullanımını destekleyen ya da bunlara karşı olan kanıtlar kısıtlı sayıdadır (26,27). Yapılan bazı çalışmalarda çoklu antipsikotik ilaç kullanımının ilaç yan etki insidansında azalma, yatış süresinde kısalma ve hastalık gidişatında olumlu etkiler sağlama gibi üstünlükleri olduğu bildirilmektedir (28, 29). Diğer taraftan, çoklu antipsikotik ilaç kullanımının, ilaç etkileşimleri yönünden çeşitli riskler taşıdığı, şizofreni hastalarındaki morbidite ve mortalite oranı ile sağlık harcamalarını arttırdığı, ilaca uyumu azalttığı yönünde araştırma bulguları da mevcuttur (30).

Klinik gözlemsel ve geriye dönük olarak yaptığımız bu çalışmada, psikotik bozukluk tanısı ile

izlediğimiz hastaların tedavisinde hangi anti-psikotik formları tercih ettiğimizi ve ne sıklıkta kombine tedavilere başvurduğumuzu araştırmak, öte yandan kombinasyon kullanım ve uzun etkili ilacın uygulanma sıklığının hastalardaki klinik gidişat ve ekstrapiramidal sistem yan etkileri üzerine olan etkilerinin değerlendirilmesi ve klinisyenlerin ilaç form tercihleri ile klinik değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmamızın hipotezleri; psikotik bozukluk tanısıyla izlenen hastalarda hem oral hem de uzun etkili antipsikotik tercihlerinde 2. kuşak antipsikotiklerin daha çok tercih edildiği, uzun etkili antipsikotik kullanımı ile oral antipsikotik kullanımının klinik ölçek puanları artasında bir farklılığa neden olmadığı, oral ve uzun etkili antipsikotik kullanımlarında kombine tedavilere başvurma oranının tek başına ilaç kullanımından daha sık olduğu, kombine tedavi kullanımının ve uzun etkili ilaç kullanımının uygulama sıklığının klinik gidişat üzerinde olumlu bir etkisi olmadığı, daha fazla ekstrapiramidal yan etki nedeniyle ilaç kullanımına yol açtığıdır. Bu alanda ülkemizde yapılan çalışmalar az sayıda olduğu için çalışma sonuçları literatüre klinisyenlerin akılcı ilaç kullanımı ve ilaç form tercihleri konusunda fayda sağlayarak katkıda bulunacaktır.

## YÖNTEM

Çalışmamız kesitsel geriye dönük olarak planlanmıştır. 2013-2018 yılları arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde takip edilen hastaların (n=292) dosyaları taranarak, eksen-1 tanıları için yarı yapılandırılmış klinik görüşme formu-SCID I'e (The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders) göre şizofreni (n=233), sanrılı bozukluk (n=1), şizoaffektif bozukluk (n=16) tanılarını karşılayan 250 hasta çalışmaya dâhil edilmiştir. Araştırma verileri açısından dosyalarında veri eksikliği (ölçek puanları olmayan) saptanan, ek eksen-I tanısı olan 42 hasta çalışma dışında bırakılmıştır.

Hastaların demografik özellikleri ve kullanmakta oldukları tüm antipsikotikler değerlendirilmiştir. Her hasta için antipsikotik kullanımı hakkındaki

bilgi, tıbbi dosyanın tedavi izlemi bölümlerinden elde edilmiştir. Dosyada yer alan sosyodemografik veriler, antipsikotik ilaç türleri, UEA ilaç kullanımı, ekstrapiramidal sistem yan etkileri ve bu yan etki için ek ilaç verilip verilmediği, klinik değerlendirmede uygulanan Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS), Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SAPS), Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SANS), Global Değerlendirme Ölçeği (GAF) veri tabanına kaydedilmiştir. İlaç yan etkileri klinik izlem ile değerlendirilerek hasta dosyasına kaydedilmiş olup yan etki ölçeği kullanılmamıştır. Çalışmada kullanılan ölçekler düzenli olarak hastaların merkezimize ilk kayıtlarında ve düzenli takipleri sırasında 3 aylık periyotlarda uygulanmaktaydı. Çalışmamızda hastaların en son ölçek puanları değerlendirmeye alınmıştır. Çalışma ile ilgili hastanemiz etik kurulundan onay alınmıştır. Bu çalışma 1964 Helsinki Bildirgesi'ne ve daha sonraki düzeltmelerine veya karşılaştırılabilir etik standartlara uygun yapılmıştır.

## Veri Toplama Araçları

*Eksen-1 tanıları için yarı yapılandırılmış klinik görüşme formu-Structured clinical interview for DSM-4-TR (SCID-I):* First ve arkadaşları tarafından DSM-4 eksen-1 bozuklukları için geliştirilmiş klinik görüşme formudur. Tanısal değerlendirmenin standart biçimde uygulanarak tanıların geçerliğinin artırılmasını sağlar (31). Türkçe uyarlaması Çorapçioğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (32).

*Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS):* Overall ve Gorham (1962) tarafından geliştirilen ölçek, psikotik ve bazı depresif belirtilerin şiddetini ve değişimini ölçmek için kullanılan, yarı yapılandırılmış bir ölçektir (33). 18 maddeden oluşur. Her madde 0-6 puan arasında değerlendirilir ve toplam puan hepsinin toplamından oluşur. 15-30 puan minör sendrom, 30 ya da daha üzeri majör sendromu ifade eder. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Soykan (1989) tarafından yapılmıştır (34).

**Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SAPS):** İlk olarak Andreasen ve Olsen (1982) tarafından geliştirilen ölçek, görüşmecinin hasta ile görüşme sırasındaki gözlemlerine dayanarak doldurulan bir ölçektir (35). Şizofreninin pozitif belirtilerinin düzeyini, dağılımını ve şiddet değişimini değerlendirmektedir. 34 madde ve 4 alt ölçek içermektedir. Alt ölçekler; halüsinasyonlar, hezeyanlar, garip davranış ve formel düşünce bozukluğu şeklindedir. Türkçe'ye Erkoç ve arkadaşları tarafından uyarlanmıştır. Türkçe formunun geçerlilik çalışmaları yapılmayıp, ölçeğin iç tutarlılığı geçerliliğe gösterge olarak alınmıştır (36). Kesme puanı hesaplanmamış olan bu ölçek, karşılaştırmalı çalışmalarda anlam taşımaktadır. Puanlamada her bir madde 5 puan üzerinden değerlendirilmekte olup, alt ölçek puanlarının toplamı, toplam puanı oluşturmaktadır (36).

**Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SANS):** İlk olarak Andreasen ve Olsen (1982) tarafından geliştirilen ölçek, görüşmecinin hasta ile görüşme sırasındaki gözlemlerine dayanarak doldurulan bir ölçektir (35). Ölçek; afektif küntleşme, aloji, apati, anhedoni ve dikkat eksikliği şeklinde 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Türkçe'ye Erkoç ve arkadaşları tarafından uyarlanmıştır. Türkçe formunun geçerlilik çalışmaları yapılmayıp, ölçeğin iç tutarlılığı geçerliliğe gösterge olarak alınmıştır (37). Puanlamada her bir madde 5 puan üzerinden değerlendirilmekte olup, alt ölçek puanlarının toplamı, toplam puanı oluşturmaktadır (37).

**İşlevselliğin genel değerlendirilmesi (Global assessment of functioning-GAF):** DSM-IV'de yer alan 'Eksen V' değerlendirmesidir. Genel psikolojik işlevselliğin 0-100'lük bir ölçekte derecelendirmesi Luborsky tarafından sağlık-hastalık derece-

**Tablo 1.** Hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Kadın	91	36.4
	Erkek	159	63.6
Medeni durum	Bekar	151	60.4
	Evli	70	28
	Boşanmış	23	9.2
	Dul	6	2.4
	Okur- yazar değil	6	2.4
Öğrenim durumu	Okur- yazar (okula gitmemiş)	3	1.2
	İlkokul	67	26.8
	Ortaokul	59	23.6
	Lise	88	35.2
	Üniversite	27	10.8
Tanı	Şizofreni	233	93.2
	Şizoafektif bozukluk	16	6.4
	Delüzyonel bozukluk	1	0.4
	İşsiz	152	60.8
Mesleki Durum	Emekli	35	14
	İşçi	26	10.4
	Düzensiz çalışan	16	6.4
	Memur	16	6.4
	Öğrenci	4	1.6
	Serbest meslek	1	0.4
Yaş ortalaması ( $x \pm y/l$ )	38.22 $\pm$ 11.18		
Hastalık başlama yaşı ( $x \pm y/l$ )	24.69 $\pm$ 8.11		
Hastalık süresi ( $x \pm y/l$ )	13.33 $\pm$ 8.84		
Alevlenme sayısı	4.06 $\pm$ 3.08		
Yatış sayısı	2.83 $\pm$ 3.01		
BPRS	18.29 $\pm$ 9.74		
SANS total	40.77 $\pm$ 19.88		
SAPS total	17.38 $\pm$ 15.15		
GAF	59.84 $\pm$ 10.98		

lendirme ölçeğinde kullanılmaya hazır bir duruma getirilmiştir (38). Ruhsal bozukluğun ruhsal, toplumsal ve mesleki işlevsellik üzerindeki etkisi değerlendirilir.

İstatistik analiz, "Statistical Packages for the Social Science" (SPSS) 21 programı kullanılarak yapıldı. Sonuçlarda sayısal değerler ortalama  $\pm$  standart sapma olarak ifade edildi. Üçlü grup karşılaştırmaları için tek yönlü varyans analizi, ikili grup karşılaştırmaları için bağımsız gruplar t testi uygulandı. p değeri <0.05 olarak anlamlı kabul edildi. Çoklu gruplar arasındaki farklılıklar (post hoc analizler) Bonferroni testi ile değerlendirildi.

## BULGULAR

Çalışmaya şizofreni (n=233), şizoaffektif bozukluk (n=16), sanrılı bozukluk (n=1) tanısı konulan 250 hasta (kadın (n=91), erkek (n=159)) dâhil edilmiştir. Hastaların yaş ortalaması  $38.22 \pm 11.18$ 'dir. Hastalara ait diğer sosyodemografik ve uygulanan ölçeklere ait veriler Tablo 1'de yer almaktadır.

Çalışmaya dâhil olan hastaların %56'sı (n=140) UEA kullanmaktadır. UEA kullanan hastaların %50'si (n=70) paliperidon palmitat, %20.71'i (n=29) haloperidol dekonat, %13.57'si (n=19) risperidon uzun etkili enjeksiyon, %12.14'ü (n=17) ziklopiptoksol dekonat, %2.14'ü (n=3) flufenazin ve %1.43'ü (n=2) flupentiksol dekonat kullanmaktaydı. UEA kullanan hastalar en az 3 aydır UEA kullanmaktaydı. Şizoaffektif bozukluğu olan hastaların %50'si (n=8) ek olarak valproik asit, %25'i (n=4) ek olarak lityum kullanmaktaydı.

Hastaların %88'i (n=220) oral antipsikotik kullanmaktaydı. OA kullanan hastaların %28.64'ü olanzapin (n=63), %17.27'si paliperidon (n=38), %15.46'sı klozapin (n=34), %10.91'i ketiapin (n=24), %10.91'i aripiprazol (n=24), %7.73'ü risperidon (n=17), %4.55'i amisülpirid (n=10), %3.63'si haloperidol (n=8), %0.45'i klorpromazin (n=1) ve %0.45'i pimozid (n=1) kullanmaktaydı. OA kullananların %25'i (n=55) ikili antipsikotik ilaç kullanmaktaydı, %1.36'sı (n=3) üçlü antipsikotik ilaç kullanmaktaydı.

Tüm ilaçlar değerlendirildiğinde hastaların %46.8'i (n=117) atipik tekli antipsikotik, %3.6'sı (n=9) tipik tekli antipsikotik, %25.2'si (n=63) atipik-atipik kombinasyonu, %16.8'i (n=42) atipik-tipik kombinasyonu, %0.4'ü (n=1) tipik-tipik kombinasyonu ve %7.2'si (n=18) üçlü kombinasyon kullanmaktaydı.

Hastalar kullanmakta oldukları antipsikotiklere göre sadece OA kullanan, oral ve uzun etkili birlikte kullanan (OA+UEA) ve UEA kullanan hastalar olmak üzere gruplandırılmış ve ortalama ölçek puanları bu üç gruba göre karşılaştırılmıştır. Hastaların %10.8'i (n=27) sadece UEA, %44'ü (n=110) sadece OA ve %45.2'ü (n=113) OA+UEA kullanmaktaydı. UEA'ların uygulanma sıklığı incelendiğinde, hastaların %27.14'ü (n=38) 2 haftada bir ve %72.86'sı 4 haftada bir (n=102) UEA ile tedavi edilmekteydi.

Sadece OA, UEA ve UEA+OA kullanan hastaların BPRS, SANS, SAPS ve GAF puanlarının karşılaştırılması Tablo 2'de yer almaktadır.

**Tablo 2.** Uzun etkili antipsikotik, oral antipsikotik ve kombinasyon tedavisi kullananların klinik ölçek puanlarının karşılaştırılması

	UEA (n=27)	OA (n=110)	UEA+OA (n=113)	İstatistik	p
BPRS	15.89 $\pm$ 7.10	15.94 $\pm$ 9.43	21.16 $\pm$ 9.88	F=9.54 <sup>a,b</sup>	<0.001
SANS Toplam	42.75 $\pm$ 19.43	34.75 $\pm$ 19.54	46.15 $\pm$ 18.80	F=9.98 <sup>c</sup>	<0.001
SAPS Toplam	16.30 $\pm$ 11.74	12.80 $\pm$ 11.50	22.09 $\pm$ 17.50	F=11.44 <sup>d</sup>	<0.001
GAF	61.11 $\pm$ 8.01	62.73 $\pm$ 11.08	56.72 $\pm$ 10.73	F=9.12 <sup>e</sup>	<0.001

One way ANOVA, Bonferroni test, Not: UEA: Uzun etkili enjektabl antipsikotik, OA: oral antipsikotik

<sup>a</sup>=OA ve UEA+OA grupları arasındaki anlamlı farklılık (p<0.001) <sup>b</sup>=UEA ve UEA+OA grupları arasındaki anlamlı farklılık (p=0.029) <sup>c</sup>= OA ve UEA+OA grupları arasındaki anlamlı farklılık (p<0.001) <sup>d</sup>= OA ve UEA+OA grupları arasındaki anlamlı farklılık (p<0.001) <sup>e</sup>= OA ve UEA+OA grupları arasındaki anlamlı farklılık (p<0.001)

**Tablo 3.** Uzun etkili antipsikotik uygulama sıklığına göre klinik ölçek puanlarının karşılaştırılması

	OA (n=110)	UEA 2hf (n=38)	UEA 4hf (n=102)	İstatistik	p
BPRS	15.94±9.43	16.32±8.94	21.57±9.51	F=10.52 <sup>a,b</sup>	<0.001
SANS Toplam	34.75±19.54	40.58±17.46	47.32±19.17	F=11.47 <sup>*c</sup>	<0.001
SAPS Toplam	12.80±11.50	16.16±14.52	22.76±17.12	F=12.69 <sup>d</sup>	<0.001
GAF	62.73±11.08	57.37±11.31	57.64±10.06	F=7.2 <sup>*e,f</sup>	0.001

One way ANOVA, Bonferroni test, Not: UEA: Uzun etkili enjektabl antipsikotik, OA: oral antipsikotik

<sup>a</sup>= UEA 4hf ile UEA 2hf grupları arasındaki anlamlı farklılık (p=0.011), <sup>b</sup>= UEA 4hf ile OA grupları arasındaki anlamlı farklılık (p<0.001), <sup>c</sup>= UEA 4hf ile OA grupları arasındaki anlamlı farklılık (p<0.001)

<sup>d</sup>= UEA 4hf ile OA grupları arasındaki anlamlı farklılık (p<0.001), <sup>e</sup>= UEA 2hf ile OA grupları arasındaki anlamlı farklılık (p=0.025), <sup>f</sup>= UEA 4hf ile OA grupları arasındaki anlamlı farklılık (p=0.002)

Gruplar arasında BPRS, SANS, SAPS VE GAF puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttur (her biri için p<0.001). BPRS için; farklılık sadece OA kullanan grup ile OA+UEA kullanan grubun puanlarındaki farklılık ve sadece UEA kullanan grup ile kombine OA+UEA kullanan grubun puanlarındaki farklılıktan (Bonferroni testi, sırasıyla p<0.001, p=0.029), SANS için farklılık sadece OA kullanan grup ile OA+UEA kullanan grupların puanlarından kaynaklanmaktadır (Bonferroni testi, p<0.001). SAPS için farklılık sadece OA kullanan grup ile OA+UEA kullanan grubun puanlarından kaynaklanmaktadır (Bonferroni testi, p<0.001). GAF için ise farklılık sadece OA kullanan grup ile kombine OA+UEA kullanan grubun puanlarından kaynaklanmaktadır (Bonferroni testi, p<0.001) (Tablo 2).

Hastalar uzun etkili antipsikotik kullanmayan (sadece OA), 2 haftalık (UEA 2hf) ve 4 haftalık (UEA 4 hf) kullanan hastalar olarak da gruplandırılarak SANS, SAPS, BPRS ve GAF puanlarının karşılaştırılması Tablo 3'de yer almaktadır.

Gruplar arasında BPRS, SANS, SAPS VE GAF puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttur (sırasıyla p<0.001, p<0.001, p<0.001 ve p=0.001). BPRS puan ortalamaları açısından farklılık 4 haftada bir UEA kullanan grup ile 2 haftada bir UEA ve 4 haftada bir UEA kullanan grup ile sadece OA kullanan grupların puanlarından kaynaklanmaktadır (Bonferroni testi, sırasıyla p=0.011 ve p<0.001). Gruplar arasında SANS puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık sadece OA ve UEA 4 hf

kullanan gruplardan kaynaklanmaktadır (Bonferroni testi, p<0.001). Gruplar arasında SAPS puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık OA kullanan grup ile 4 haftada bir UEA kullanan ve gruplardan kaynaklanmaktadır (Bonferroni testi, p<0.001). Gruplar arasında GAF puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık ise sadece OA kullanan grup ile 2 haftada bir UEA kullanan ve OA kullanan grup ile 4 haftada bir UEA kullanan gruplardan kaynaklanmaktadır (Bonferroni testi, sırasıyla p=0.025, p=0.002) (Tablo 3).

İncelenen hasta dosyalarında yan etki değerlendirilmesi amacıyla ölçek olmamakla birlikte, hastalarda ortaya çıkan ekstrapiramidal sistem (EPS) yan etkileri ve bu yan etkileri gidermek amaçlı uygulanan tedavi bilgileri yer almaktaydı. Bu verilerden yararlanarak, EPS yan etkileri nedeni ile ilaç kullanan hastalar OA, UEA 2hf ve UEA 4 hf olarak gruplandırılarak karşılaştırılmıştır. Buna göre, OA grubunun %24.60'ında (n=26), UEA 2hf grubunun %31.60'ında (n=12) ve 4 UEA 4hf grubunun %43.10'unda (n=44) EPS yan etkisi nedeni ile antikolinergik, beta bloker ya da benzodiazepin kullandıkları anlaşılmıştır. İstatistiksel olarak bu üç grup arasında anlamlı farklılık mevcuttur ( $\chi^2=9.16$ , p=0.008).

Çalışmaya dâhil olan hastalar klozapin kullanan ve kullanmayan hastalar olarak gruplandırılmış, hastaların klinik ölçek puanları ve klinik özellikleri karşılaştırılmıştır. Oral antipsikotik kullanan hastaların %15.46'sı klozapin (n=34) kullanmaktaydı. Klozapin kullanan hastaların %58.8'i (n=20) sadece klozapin, %41.2'si (n=14) uzun etkili antipsikotik ile birlikte (paliperidon

palmitat (n=5), zuklupentiksol dekanat (n=2) ve haloperidol dekanat (n=7)) kullanmaktaydı.

Klozapin kullanan hastaların ortalama hastalık başlama yaşı  $19.56 \pm 4.90$ , klozapin kullanmayan hastaların ise hastalık başlama yaşı  $25.50 \pm 8.23$  olarak bulunmuştur. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttur ( $F=16.75$ ,  $p<0.001$ ). Hastalık süresi klozapin kullananlarda  $14.21 \pm 7.54$  yıl, kullanmayanlarda  $13.19 \pm 9.04$  yıldır. İki grup arasında hastalık süresi bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. Ortalama hastanede yatış sayılarına baktığımızda ise klozapin kullananlarda  $4.03 \pm 2.97$ , kullanmayanlarda  $2.64 \pm 2.98$ 'dir. İki grup arasında hastanede yatış sayıları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $F=6.36$ ,  $p=0.001$ ).

Klozapin kullanan hastaların SANS ortalaması  $46.71 \pm 17.37$  puan, kullanmayan hastaların SANS ortalaması  $39.83 \pm 20.12$  puandır. Gruplar arasında SANS puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Klozapin kullanan hastaların SAPS ortalaması  $23.26 \pm 15.40$  puan, kullanmayan hastaların SAPS ortalaması  $16.45 \pm 14.93$  puandır. Gruplar arasında SAPS puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttur ( $F=6.07$ ,  $p=0.005$ ). Klozapin kullanan hastaların BPRS ortalaması  $21.18 \pm 9.51$  puan, kullanmayan hastaların BPRS ortalaması  $17.84 \pm 9.72$  puandır. Gruplar arasında BPRS puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttur ( $F=3.49$ ,  $p=0.036$ ). Klozapin kullanan hastaların GAF ortalaması  $55.59 \pm 8.94$  puan, kullanmayan hastaların GAF ortalaması  $60.50 \pm 8.94$  puandır. Gruplar arasında GAF puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttur ( $F=6.01$ ,  $p=0.011$ ).

## TARTIŞMA

Çalışmamızın ana bulguları; OA+UEA kullananlarda ortalama BPRS puanlarının sadece OA ve sadece UEA kullananlara göre daha yüksek olması; sadece OA kullananlarda OA+UEA kullananlara göre ortalama SAPS ve SANS puanlarının daha düşük olması; sadece OA kullananlarda OA+UEA kullananlara göre ortalama GAF puanlarının daha yüksek olması; 4 haftalık UEA kullananlarda orta-

lama BPRS puanlarının sadece OA kullananlardan ve 2 haftalık UEA kullananlardan yüksek olması, sadece OA kullananlarda ortalama SANS, SAPS puanlarının 4 haftalık UEA kullananlara göre daha düşük olması ve sadece OA kullananların ortalama GAF puanlarının 2 haftalık ve 4 haftalık UEA kullananlardan daha yüksek olmasıdır.

Literatürde şizofreni tedavisinde uzun etkili ilaçlar ile oral ilaçları karşılaştıran pek çok çalışma (39,40, 41,42,43,44,45,46,47,48,49) ve meta-analiz (50,51, 52,53,54) bulunmaktadır. Tüm bu çalışma ve metaanalizler incelendiğinde iki formdan hangisinin, ne zaman tercih edileceği sorusu halen tam olarak açıklığa kavuşmuş değildir. Tedaviler arasındaki olası farklılıklar ilaçların farmakolojik özelliklerinden kaynaklanan farklılıklar ile açıklanamaz çünkü her iki formun farmakolojik özellikleri benzerdir (42,44,45,46,47,48,49). Çeşitli meta-analizler bir yineleme önleme stratejisi olarak uzun etkili antipsikotiklerin etkisini vurgulamaktadır (50,51,52). İlaç uyumsuzluğu söz konusu olduğunda UEA, OA tedaviden daha avantajlı görünmektedir (55). Bazı kılavuzlarda bu durumda antipsikotik ilacın uzun etkili formuna geçilmesi tavsiye edilmektedir (55,56,57). Geniş örneklemlili 10 randomize kontrollü çalışmayı içeren bir meta-analizde, UEA ile OA karşılaştırıldığında UEA kullananlarda yineleme oranlarının istatistiksel olarak anlamlı ve daha düşük olduğu bildirilmiştir (50). Bizim çalışmamızda ise sadece OA kullananlarda klinik belirtileri inceleyen ölçek ortalama puanlarının OA+UEA ve sadece UEA kullananlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmamızın kesitsel ve geriye dönük bir çalışma olması sebebiyle, henüz yineleme oranları değerlendirilememiştir. Gelecekte yapılacak izlem ile yineleme durumları karşılaştırılabilir.

Literatürde uzun etkili antipsikotiklerin uygulama sıklığı ile ilgili yapılmış az sayıda çalışma bulunmaktadır. İki haftada bir uygulanan uzun salınımlı IM enjektabl risperidon ile aylık kullanılan paliperidonun karşılaştırıldığı çalışmalarda kilo alımı ve cinsel yan etkiler bakımından küçük farklılıklar tespit edilmiş ancak bu farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (55). Kisely ve arkadaşları ve 4 haftada bir uygulanan UEA'lerin psikiyatrik belirtiler, yaşam kalitesi ve yan etkiler açısından

karşılaştırıldığı tüm çalışmaları bir meta-analizde değerlendirmişlerdir (58). Bu meta-analizde, psikiyatrik semptom açısından (PANSS puanları) risperidonun paliperidona üstün olduğu tek bir çalışma dışında farklılık bulunmamıştır. Yaşam kalitesi ve yan etkiler açısından da herhangi bir farklılık tespit edilmemiştir (58). Uygulama sıklığının azaldığı 4 haftada bir UEA tedavisi zamandan kazanç ve ziyaret sıklığında azalması gibi faydalar sağlayabilir. Buna karşın doz sıklığının ve ziyaretlerin azalması psikoeğitim, psikoterapi, danışan ve aile grup çalışmaları gibi farmakolojik olmayan diğer tedavi şekillerinden de uzak kalmaya neden oluyor olabilir. Ayrıca, bazı çalışmalarda hastalar ile yoğun temasın tedavi iş birliği, tedaviye uyum ve tüm sonuçlar üzerinde olumlu etkisi olduğu gösterilmiştir (23,24,25). Bizim çalışmamızda da 2 haftada bir UEA kullanan hastaların BPRS puan ortalamaları, 4 haftada bir UEA kullanan hastaların puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düşük saptanmıştır. Bu durum, literatürde yer alan diğer çalışmalarda değinildiği gibi, hastalarla daha sık görüşmenin, terapötik iş birliğinin daha fazla olmasının ve hastalık belirtilerinde daha fazla iyileştirici bir etki yaratmasının bir sonucu olarak ortaya çıkabilir. Ancak çalışmamızın kesitsel olması ve tedavi öncesi hastalık şiddetini bilemememiz nedeniyle bu konuyla ilişkili ileriye dönük çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda sadece OA kullanan hastalarda EPS yan etkileri nedeniyle ilaç kullanma oranı, 2 ve 4 haftada bir UEA kullanan hastalara göre daha düşük bulunmuştur. Bu durum hastaların kullanmakta oldukları antipsikotik ilacın çoğunlukla 2. kuşak antipsikotikler olarak tercih edilmesinden kaynaklanıyor olabilir. Bu durum 2. kuşak antipsikotiklerin daha az ekstrapiramidal yan etkiye yol açtığını söyleyen literatür ile uyumludur (57). Eş değer dozlar ve yan etki ölçekleri ile yapılan ileriye dönük çalışmalarla bu konu daha bir netlik kazanacaktır.

Klinik uygulamalarda sıklıkla farklı sınıftan antipsikotik ilaçların birlikte kullanımının tercih edildiği (%20.9), ancak aynı sınıf antipsikotik ilaçların bir arada kullanılmasının (%18.5) da düşük olmadığı bildirilmektedir (60). Çalışmamızda kliniğimizde sıklıkla OA+UEA kombinasyonunun tercih

edildiği ve bu tercih oranının %44 gibi yüksek bir değerde olduğu saptanmıştır. Bu şekilde çoklu ilaç kullanımının yüksek oranlarda olması UEA formları daha çok oral tedaviye dirençli hastalarda tedaviye ekliyor olmamız ya da uzun etkili ilaç kullanımının tek başına yeterli gelmediği durumlarda oral ilaçlarla kombine ediyor olmamızla açıklanabilir. Tedavi algoritmalarına uyumunu araştıran bir çalışmada uzun etkili antipsikotiklerin %40 oranında oral antipsikotiklerle birlikte kullanıldığı bildirilmiştir (60,61). Bizim çalışmamızda da oral antipsikotikler ile birlikte, uzun etkili antipsikotik kullanma oranı literatür ile uyumludur (62,63). Bu sonuçlara göre OA+UEA kullanımı tek başına UEA kullanımına kıyasla klinik ölçek puanlarında farklılık yaratmamakta ve yan etki nedeni ile ek ilaçlara olan gereksinimi arttırmaktadır. Bulgularımız UEA kullanan hastalarda OA ilaçlarla kombinasyon yapmanın çok da avantajlı olmadığını düşündürmektedir.

Çalışmamızın sonuçları klinisyenlerin ilaç formlarında tercihleri konusunda da dikkati çeken bilgiler vermektedir. Her ne kadar kesitsel olarak yaptığımız bu çalışmamızda, bulgularımız, ilaç başlangıcındaki hastalık şiddetini bilmesek de klinik şiddeti daha düşük olan hastalarda oral ilaç formlarının daha fazla tercih edildiğini düşündürmektedir. Bu grup hastalarla bu nedenle yan etki nedeni ile ek ilaç kullanımı daha az oluyor olabilir. Yine kliniği daha şiddetli olan hastalarda ise oral ve uzun etkili ilaçların bir arada kullanılması, çoklu ilaç kullanımı ve yan etki için ek ilaç kullanımı oranını arttırıyor olabilir. Bulgularımızın bu konuda yapılacak ileriye dönük çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

Tek başına uzun etkili ilaç kullanımı yerine oral ve uzun etkili ilaçların birlikte kullanımı akılcı ilaç kullanımından uzaklaştırmaktadır. Son zamanlarda uzun etkili formların daha çok tercih edilmesi çoklu ve yüksek doz antipsikotik kullanım riskini klinik pratikte karşımıza çıkarmaktadır. Çalışma verilerine bakıldığında klinik ölçek puanlarının daha yüksek olduğu hastalarda bu durumun ortaya çıktığı söylenebilir. Bu hasta grubunda tedavi algoritmalarına göre klozapin kullanımı önerilmektedir. Çalışmamızda hastaların %15.46'sı klozapin kullanırken, klozapin kullanan hastaların %58.8'i sadece klozapin, %41.2'si klozapine ek olarak uzun



etkili antipsikotik kullanılmaktaydı. Klozapin kullanımının bir klinik avantaj sağlayıp sağlamadığını incelemek amacıyla yaptığımız değerlendirmede; klozapin kullanan grupta hastalık başlama yaşının daha düşük olduğu, hastane yatış sayılarının daha yüksek olduğu, SAPS ve BPRS puanının daha yüksek olduğu, GAF puanının düşük olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda istatistiksel anlamlılık olmasa da SANS puanlarında da yükseklik saptanmıştır. Bu durum klozapinin erken başlangıç yaşı, sık hastaneye yatış, işlevsellikte bozulma, yüksek klinik ölçek puanları gibi kötü hastalık seyri ve gidişat faktörleri olan hastalarda kullanıldığını göstermektedir. Çalışmanın kesitsel olması nedeniyle klozapin kullanımının klinik iyileşme, işlevsellikte düzelmeye, klinik semptomlarda azalma ve hastane yatış oranlarındaki değişimle ilgili bilgiler eksik kalmaktadır.

Çalışmamızın kesitsel olması, tek merkezli bir çalışma olması ve EPS yan etkilerin yan etki ölçeği ile değerlendirilmemesi çalışmamıza kısıtlılık getirmektedir. Gelecekte, hastaların tedavi öncesi ve tedavi sonrası ölçek puanlarının gözlemlenebileceği, yan etkilerinin ölçek ile takip edildiği ve tedavi klinik yanıtın uzunlamasına karşılaştırıldığı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Çalışmamızın diğer bir kısıtlılığı ise, çalışmada

antipsikotik form çeşitliliğine oranla hasta sayısının az olmasıdır. Tek başına uzun etkili antipsikotik kullanan hasta sayısının az olması da UEA'ler arasında istatistiksel karşılaştırma yapılmasını sınırlamaktadır.

Sonuç olarak, psikofarmakoloji alanında şizofrenide tedavi algoritmalarına uyumu araştıran çalışma sonuçlarına benzer şekilde, çalışmamızda, oral antipsikotikler ile uzun etkili antipsikotiklerin sıklıkla birlikte kullanıldığı ve EPS yan etkilerine yönelik ilaç kullanımının arttığı saptanmıştır. Çalışmamızda klinisyenlerin tedavi algoritmalarında önerilenden farklı olarak uzun etkili formları oral formlar ile birlikte çoklu ilaç kullanımı şeklinde tercih ettikleri gözlemlendi. Uzun etkili formların klinikte kullanımları konusunda alandan elde edilecek verilere ihtiyaç bulunmaktadır. İleriye dönük çalışmalarla uzun etkili formların etkinlik ve kullanım pratiklerini içeren çalışma sonuçları, uzun etkili formların akılcı kullanımına ilişkin veri sağlayacaktır.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr., Yasir Şafak, SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara, Türkiye dr.yasirsafak@yahoo.com

#### KAYNAKLAR

1. Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO. Essentials of schizophrenia. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2011.
2. Leucht S, Hiegl S, Kissling W, Dold M, Davis JM. Putting the efficacy of psychiatric and general medicine medication into perspective: review of meta-analyses. Br J Psychiatry 2012; 200:97-106.
3. López-Muñoz F, Alamo C, Cuenca E, Shen WW, Clervoy P, Rubio G. History of the discovery and clinical introduction of chlorpromazine. Ann Clin Psychiatry 2005; 17:113-135.
4. Kane JM, Aguglia E, Altamura AC, Ayuso Gutierrez JL, Brunello N, Fleischacker WW, Gaebel W, Gerlach J, Guelfi J-D, Kissling W, Lapierre YD, Lindstrom E, Mendlewicz J, Racagni G, Carulla LS, Schooler NR: Guidelines for depot antipsychotic treatment in schizophrenia: European Neuropsychopharmacology Consensus Conference in Sienna, Italy Eur Neuropsychopharmacol 1998; 8:55-66.
5. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. J Clin Psychiatry 2002; 63:892-909.
6. Patel MX, Taylor M, David AS. Antipsychotic long-acting injections: mind the gap. Br J Psychiatry 2009; 52:4-5.
7. Kreyenbuhl J, Slade EP, Medoff DR, Brown CH, Ehrenreich B, Afful J, Dixon LB. Time to discontinuation of first- and second-generation antipsychotic medications in the treatment of schizophrenia. Schizophr Res 2011; 131:127-132.
8. Johnson DA. Historical perspective on antipsychotic long-acting injections. Br J Psychiatry Suppl 2009; 52:7-12.
9. Van Kammen DP, Hurford I, Marder SR. First generation antipsychotics, in Kaplan and Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry. Edited by Sadock BJ, and Sadock VA, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2009, 3105-3127.
10. Dencker S, Axelson R. Optimising the use of depot antipsychotics. CNS Drugs 1996; 6:367-381.
11. Saddock BJ, Saddock VA. Klinik Psikiyatri. Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Ed.) 2. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Sti., 2005.
12. Adams CE, Fenton MK, Quraishi S, David AS. Systematic meta-review of depot antipsychotic drugs for people with schizophrenia. Br J Psychiatry 2001; 179:290-299.

13. Taylor D. Psychopharmacology and adverse effects of antipsychotic longacting injections: a review. *Br J Psychiatry* 2009; 52: 13-19.
14. Aykut DS, Arslan FC, Tiryaki A, Özkorumak E, Karakullukçu S. İkinci Kuşak Antipsikotik Kullanan Hastalarda İlaç Yan Etkileri ve Yaşam Kalitesi: Uzun Etkili Enjeksiyon ve Ağzıdan Alınan Tedavilerin Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Derg* 2017; 28:11-16.
15. İnanç L, Özdemir AD, Güleç H, Semiz ÜB. Şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarında depo antipsikotik kullanımının etkinliği ve güvenilirliği. *Cukurova Medical Journal* 2018;43:38-43.
16. David A, Adams CE, Eisenbruch M, Quraishi S, Rathbone J. Depot fluphenazine decanoate and enanthate for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* CD000307, 2005.
17. Fleischhacker WW, Gopal S, Lane R, Gassmann-Mayer C, Lim P, Hough D. A randomized trial of paliperidone palmitate and risperidone long-acting injectable in schizophrenia. *Int J Neuropsychopharmacol* 2011; 22:1-12.
18. McEvoy JP, Byerly M, Hamer RM, Dominik R, Swartz MS, Rosenheck RA, Ray N, Lamberti JS, Buckley PF, Wilkins TM, Stroup TS. Effectiveness of paliperidone palmitate vs haloperidol decanoate for maintenance treatment of schizophrenia: a randomized clinical trial. *JAMA* 2014; 311:1978-1987.
19. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:975-983.
20. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2000.
21. Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2010.
22. Gühne U, Weinmann S, Arnold K, Becker T, Riedel-Helle SG. S3 guideline on psychosocial therapies in severe mental illness: evidence and recommendations. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2015; 265:173-188.
23. McEvoy JP, Lieberman JA, Stroup TS, Davis SM, Meltzer HY, Rosenheck RA, Swartz MS, Perkins DO, Keefe RSE, Davis CE, Severe J, Hsiao JK, CATIE Investigators. Effectiveness of clozapine versus olanzapine, quetiapine, and risperidone in patients with chronic schizophrenia who did not respond to prior atypical antipsychotic treatment. *Am J Psychiatry*; 2006; 163:600-610.
24. Stroup TS, Gerhard T, Crystal S, Huang C, Olfson M. Comparative Effectiveness of Clozapine and Standard Antipsychotic Treatment in Adults With Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2015;173:166-173.
25. Stefan M, Travis M, Murray R. An atlas of schizophrenia. (The encyclopedia of visual medicine series), Part Public G, London, UK, 2002.
26. APA. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry* 1997;154:1-63.
27. Miller AL, Craig CS. Combination antipsychotics: pros, cons, and questions. *Schizophr Bull* 2002; 28:105-109.
28. Ananth J, Parameswaran S, Gunatilake S, Burgoyne K, Sidhom T. Neuroleptic malignant syndrome and atypical antipsychotic drugs. *J Clin Psychiatry* 2004; 65:464-470.
29. Ozalmete OA, Ceylan ME, Ozalmete O, Sevim ME. Yatan Şizofreni Hastalarında Çoklu Antipsikotik Kullanımı. *Noropsikiyatri Arşivi* 2010; 47:23-28.
30. Karaoglan Kahilogullari A, Orsel S, Sargin E, Hatiloglu U, Berber MS, Ozbay H. Changes in drug prescription patterns in schizophrenia in five years. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2008; 18:162-166.
31. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version (SCID-I). New York, New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research, 2002.
32. Çorapçoğlu A, Aydemir O, Yıldız M, Esen Danacı A, E Köroğlu. DSM IV Eksen 1 bozuklukları (SCID-1) için yapılandırılmış klinik görüşme, Klinik versiyon. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1999.
33. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Reports* 1962; 10:799-812.
34. Soykan Ç. Institutional differences and case typicality as related to diagnosis symptom severity, prognosis and treatment. Yayınlanmış master tezi. Orta Doğu Teknik Üniversitesi, 1990.
35. Andreasen NC, Olsen S. Negative-positive schizophrenia: definition and validation. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39:789-794.
36. Erkoç Ş, Arkonaç O, Ataklı C, Özmen E. Pozitif belirtileri değerlendirme ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği. *Düşünen Adam* 1991; 2:20-24.
37. Erkoç Ş, Arkonaç O, Ataklı C, Özmen E. Negatif belirtileri değerlendirme ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği. *Düşünen Adam* 1991; 2:16-18.
38. Luborsky L. Clinicians judgement of mental health. *Arch Gen Psychiatry*. 1962;7:407-417.
39. Chue P, Eerdeken M, Augustyns I, Lachaux B, Molcan P, Eriksson L, Pretorius H, David AS. Comparative efficacy and safety of long-acting risperidone and risperidone oral tablets. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005;15:111-117.
40. Bai YM, Chen TT, Wu B, Hung CH, Lin WK, Hu TM, Lin CY, Chou P. A comparative efficacy and safety study of long-acting risperidone injection and risperidone oral tablets among hospitalized patients: 12-week randomized, single-blind study. *Pharmacopsychiatry* 2006; 39:135-141.
41. Emsley R, Oosthuizen P, Koen L, Niehaus DJ, Medori R, Rabinowitz J. Oral versus injectable antipsychotic treatment in early psychosis: post hoc comparison of two studies. *Clin Ther* 2008; 30:2378-2386.
42. Weiden PJ, Schooler NR, Weedon JC, Elmouchtari A, Sunakawa A, Goldfinger SM. A randomized controlled trial of long-acting injectable risperidone vs continuation on oral atypical antipsychotics for first-episode schizophrenia patients: initial adherence outcome. *J Clin Psychiatry* 2009; 70:1397-1406.
43. Gaebel W, Schreiner A, Bergmans P, de Arce R, Rouillon F, Cordes J, Eriksson L, Smeraldi E. Relapse prevention in schizophrenia and schizoaffective disorder with risperidone

long-acting injectable vs quetiapine: results of a long-term, open label, randomized clinical trial. *Neuropsychopharmacology* 2010; 35:2367-2377.

44. Macfadden W, Ma YW, Thomas HJ, Bossie CA, Alphas L. A prospective study comparing the long-term effectiveness of injectable risperidone long-acting therapy and oral aripiprazole in patients with schizophrenia. *Psychiatry* 2010; 7: 23-31.

45. Rosenheck RA, Krystal JH, Lew R, Barnett PG, Thwin SS, Fiore L, Valley D, Huang GD, Neal C, Vertrees JE, Liang MH, the CSP 555 Research Group. Challenges in the design and conduct of controlled clinical effectiveness trials in schizophrenia. *Clin Trials* 2011; 8:196-204.

46. Schooler NR, Buckley PF, Mintz J, Goff DC, Kopelowicz A, Lauriello J, Manschreck TC, Mendelowitz AJ, Miller DD, Wilson D, Bustillo JR, Severe JB, Kane JM. PROACTIVE: initial results of an RCT comparing long-acting injectable risperidone to 2nd generation oral antipsychotics. American College of Neuropsychopharmacology 50th annual meeting. Kona, Hawaii 2011.

47. Weiden PJ, Schooler NR, Weedon JC, Elmouchtari A, Sunakawa-McMillan A. Maintenance treatment with long-acting injectable risperidone in first-episode schizophrenia: a randomized effectiveness study. *J Clin Psychiatry* 2012; 73:1224-1233.

48. Zhornitsky S, Stip E. Oral versus long-acting injectable antipsychotics in the treatment of schizophrenia and special populations at risk for treatment nonadherence: a systematic review. *Schizophr Res Treat* 2012; 40:70-71.

49. Barrio P, Batalla A, Castellvi P, Hidalgo D, Garcia M, Ortiz A, Grande I, Pons A, Parellada E. Effectiveness of long-acting injectable risperidone versus oral antipsychotics in the treatment of recent-onset schizophrenia: a case-control study. *Int Clin Psychopharmacol* 2013; 28:164-170.

50. Leucht C, Heres S, Kane JM, Kissling W, Davis JM, Leucht S. Oral versus depot antipsychotic drugs for schizophrenia: a critical systematic review and meta-analysis of randomised long-term trials. *Schizophr Res* 2011; 127:83-92.

51. Fusar-Poli P, Kempton MJ, Rosenheck RA. Efficacy and safety of second-generation long-acting injections in schizophrenia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int Clin Psychopharmacol* 2013; 28:57-66.

52. Kirson NY, Weiden PJ, Yermakov S, Huang W, Samuelson T, Offord SJ, Greenberg PE, Wong BJ. Efficacy and effectiveness of depot versus oral antipsychotics in schizophrenia: synthesizing results across different research designs. *J Clin Psychiatry* 2013;74:568-575.

53. Kishimoto T, Niatt M, Borenstein M, Kane JM, Correll CU. Long-acting injectable versus oral antipsychotics in schizophrenia: a systematic review and metaanalysis of mirror-image studies. *J Clin Psychiatry* 2013; 74:957-965.

54. Kishimoto T, Robenzadeh A, Leucht C, Leucht S, Watanabe K, Mimura M, Borenstein M, Kane JM, Correll CU. Long-acting injectable vs oral antipsychotics for relapse prevention in schizophrenia: a meta-analysis of randomized trials. *Schizophr Bul* 2014; 40:192-213.

55. Buchanan RW, Kreyenbuhl J, Kelly DL, Noel JM, Boggs DL, Fischer BA, Himelhoch S, Fang B, Peterson E, Aquino PR,

Keller W: The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull* 2010; 36:71-93.

56. Canadian Psychiatric Association: Clinical practice guidelines. Treatment of schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2005;50:7-57.

57. Takeuchi H, Suzuki T, Uchida H, Watanabe K, Mimura M. Antipsychotic treatment for schizophrenia in the maintenance phase: a systematic review of the guidelines and algorithms. *Schizophr Res* 2012; 134:219-225.

58. Kisely S, Sawyer E, Robinson G, Siskind D. Does the Frequency of Dosing of Long-Acting Injectable Antipsychotics Matter? a Systematic Review and Meta-Analysis. In: Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2016; 134-135.

59. Leucht S, Corves C, Arbter D, Engel RR, Li C, Davis JM. Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *The Lancet* 2009; 373:31-41.

60. De las Cuevas C, Sanz EJ. Polypharmacy in psychiatric practice in the Canary Islands. *BMC Psychiatry* 2004; 4: 18.

61. Ranceva N, Ashraf W, Odelola D. Antipsychotic polypharmacy in outpatients at Birch Hill Hospital: incidence and adherence to guidelines. *J Clin Pharmacol* 2010; 50:699-704.

62. Hatiloğlu U, Karadağ H, Akkoyunlu S, Güriz SO, Kahiloğulları AK, Örsel S. Şizofrenide ve diğer psikotik bozukluklarda çoklu ilaç kullanımı: Uzun etkili antipsikotik ilaçların rolü. *Klinik Psikiyatri Derg* 2010; 13:101-107.

63. Karadağ H, Orsel S, Akkoyunlu S, Kahiloğulları AK, Guriz O, Turkcapar H, Hatiloglu U. Comparison of polypharmacy in schizophrenia and other psychotic disorders in outpatient and inpatient treatment periods: a naturalistic one year follow-up study. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2012;22:130-138.

# Okul öncesi dönemde çocuk psikiyatrisi polikliniği'ne başvuran çocukların annelerinin tutumlarının, yeterliliklerinin ve bağlanma biçimlerinin değerlendirilmesi

*Evaluation of the parental attitudes, parental competency and attachment styles of the mothers of the children at pre-school period who were admitted to child psychiatry*

Öznur Bilaç<sup>1</sup>, Arif Önder<sup>1</sup>, Canem Kavurma<sup>1</sup>, Yakup Doğan<sup>1</sup>, Gülçin Uzunoğlu<sup>2</sup>, Yetis Isildar<sup>1</sup>, Şermin Yalın Sapmaz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Uzm. Dr., <sup>2</sup>Hem., Manisa Ruh Sağlığı Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği, Manisa, Türkiye

<https://orcid.org/0000-0001-8369-6215>-<https://orcid.org/0000-0003-0571-9295>-<https://orcid.org/0000-0002-1644-4859>-<https://orcid.org/0000-0003-0961-3658>-<https://orcid.org/0000-0001-5948-5223>-<https://orcid.org/0000-0002-4885-2478>

<sup>3</sup>Dr. Öğr. Üyesi, Celal Bayar Üniversitesi, Çocuk Ve Ergen Psikiyatri AD, Manisa, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-1084-5053>

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran okul öncesi dönemdeki çocukların annelerinin tutumları, eşlerine olan bağlanmalarının şekli ve çocuklarının sorunlarına karşı yeterlilik algılarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Gelişim testi sonucu gelişimsel geriliği olmayan yaşları 0-72 ay arası olan 40 çocuk ve anneleri çalışmaya dahil edilmiştir. Kontrol grubu olarak hiç çocuk psikiyatrisi başvurusu olmayan yaş ve cinsiyet açısından örneklem grubuna eşleştirilmiş 40 çocuk ve anneleri çalışmaya dahil edildi. Her iki grupta annelere çocuk uyumu ve anne baba yeterlilik ölçeği (CAPES-TR) verildi. Her iki grupta annelere Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (Parent Attitude Research Instrument, PARI) verildi ve annelere yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri (Experiences in close relationships revised, ECC-R) uygulandı. İstatistiksel analiz için SPSS 20.0 kullanıldı. **Bulgular:** Gruplar CAPES-TR sonuçlarına göre kliniğe başvuran grupta duygusal, davranışsal ve toplam sorunlar kontrol grubuna göre anlamlı derece yüksek bulundu ( $p<0.05$ ). Aynı ölçekteki annenin kendine güveni düşük bulundu ( $p<0.05$ ). PARI puanlarının değerlendirilmesi sonucunda aşırı annelik alanında polikliniğe başvuran grubun puanı yüksek bulundu ( $p<0.05$ ). Aynı şekilde otoriter tutum puanı kliniğe başvuran grupta anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p<0.05$ ). **Sonuç:** Araştırmanın sonuçları anne-babanın çocuk yetiştirme tutumunun çocuklarda görülen davranış sorunları açısından risk faktörü olduğunu gösteren araştırmalara benzerlik göstermektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Çocuk, okul öncesi, anne tutumları, anne yeterliliği

(*Klinik Psikiyatri Dergisi 2020;23:83-91*)

DOI: 10.5505/kpd.2020.07078

## SUMMARY

**Objective:** In this study we aimed to evaluate attitudes, attachment styles to their husbands and competence perceptions of the mothers towards their children's problems whose children were at pre-school period with no cognitive developmental delay. **Method:** Forty children and their mothers were included into the study. The children were chosen among those who were aged between 0-72 months and had no developmental delay which was found out as a result of developmental test. As the control group, another 40 children and their mothers were included into the study. Child Adjustment and Parent Efficacy Scale (CAPES-TR) and Parent Attitude Research Instrument (PARI) were handed out to mothers in both groups. Finally, Experiences in Close Relationship Revised (ECC-R) was applied to mothers of both groups. SPSS20 was used for statistical analysis. **Results:** According to CAPES-TR results, emotional, behavioural and social problems in the group that were admitted to psychiatry clinic were higher than control group ( $p<0.05$ ). According to same scale, mothers' self-confidence was found significantly lower ( $p<0.05$ ). According to PARI results, the score of the group that applied to clinic for over-motherhood reasons was found higher ( $p<0.05$ ). Likewise, authoritative attitude score was found higher in patient group ( $p<0.05$ ). **Discussion:** The results of this study share similarities with other studies which found out that parental child-rearing attitude presents a risk factor for behavioural problems among children.

**Key Words:** Child, parental attitudes, parental competency

## GİRİŞ

Psikososyal çevre, okul öncesi dönemde ruhsal gelişimin en önemli belirleyicilerindendir (1). Çocuğun ileriki yaşamında gerek aile içindeki bireylerle, gerek yaşlıları ve diğer insanlarla sağlıklı ve iyi ilişkiler kurabilmesi için fırsatların sağlanması ve bunların geliştirilmesi, anne ve babaların tutum ve davranışları ile şekillenir (2). Anne ve baba tutumları, çocuğun gelişimi hakkında bilgi vermektedir. Ebeveynlerin okul öncesi dönemde olan çocuklarına olumlu ya da olumsuz tutumları, çocuklarının gelişimlerini önemli derecede etkileyebilir. Çocuklar 0-6 yaş döneminde en yakınlarını, yani anne ve babalarını model alırlar. Bu modellerdeki değişimler, çocukların davranışlarında da değişimlere yol açabilir. Çünkü çocukluk yılları, hızlı fiziksel, duygusal, bilişsel ve sosyal değişimlerin olduğu bir süreçtir (3).

Çocukların ruhsal gelişiminde annenin tutumlarının, çocuğun problemlerine yaklaşımının, çocukla olan bağlanmasının önemi büyüktür (4). Sağlıklı bir anne-çocuk ilişkisi kurulması, çocuğun ruhsal gelişimi açısından önemlidir. Anne-çocuk ilişkisinin bozulması ve annenin hatalı tutumları, çocukta bir takım ruhsal sorunların oluşmasına neden olabilir. Tam tersi yönde çocukta gözlemlenen psikiyatrik sorunlar, anne-çocuk ilişkisinin bozulmasına, annenin ruhsal sağlığının etkilenmesine neden olabilir. Annenin sorunlar karşısında kendine güveni, olumlu annelik tepkileri verebilmesi bu sorunların azaltılmasında önemlidir. Ancak anne bu sorunlar karşısında yeterli tepki veremediğinde ruhsal sıkıntılar artmakta ve çocuk psikiyatrisi servislerine başvuruya neden olmaktadır (5,6).

Ülkemizde 24-72 ay aralığında 200 çocuğun ve annelerinin incelendiği bir araştırmada, çocuklardaki psikopatoloji varlığı ile annelerin olumsuz tutumları arasında ilişki olduğu, annelerin eğitim düzeyi arttıkça olumlu tutumların arttığı bildirilmiş ve çocuk psikiyatrisine başvuran ailelerde çocuğun tanısının yanında, aile ortamının da değerlendirmenin parçası olması gerektiği vurgulanmıştır (5). Başka bir araştırmada da annedeki psikiyatrik belirtilerin, çocukta hastalık tanısından bağımsız olarak hem içe yönelim hem de

dışa yönelim sorunları ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (6).

Bu çalışmada herhangi bir bilişsel ve gelişimsel geriliği olmayan, ancak davranışsal sorunlar, hareketlilik, dışa atım sorunları, dil ve konuşma bozuklukları, kaygı bozuklukları gibi nedenlerle çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran okul öncesi dönemdeki çocukların annelerinin tutumları, bağlanmaların stilleri ve çocukların sorunlarına karşı yeterlilik algılarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ülkemizde okul öncesi yaş döneminde olan çocuklarla yapılmış araştırmalar incelendiğinde, bizim çalışmamız, hem anne tutumlarının, hem annelerin bağlanma stilleri ve çocukların sorunlarına karşı yeterlilik algılarının değerlendirildiği bildiğimiz kadarıyla ilk çalışmadır.

## YÖNTEM

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine Haziran 2017- Aralık 2017 tarihleri arasında başvuran ve 0-72 ay arası yapılan Denver Gelişimsel Tarama Testi (DGTT) sonucu gelişimsel geriliği olmayan 40 çocuk ve anneleri çalışmaya dahil edilmiştir. Kontrol grubu olarak hiç çocuk psikiyatrisi başvurusu olmayan, DGTT testi sonucunda gelişimsel geriliği olmayan yaş ve cinsiyet açısından örneklem grubuna eşleştirilmiş çalışmaya katılmayı kabul eden hastane personelinin ve yakınlarının 40 çocuğu ve anneler çalışmaya dahil edilmiştir. Her iki gruba yaş, okul durumu, ailenin yaş, eğitim ve meslek özelliklerini, anne ile babanın birbirleri ve çocukla olan ilişkilerini, gebelik süreci, doğum şekli, gelişimsel basamaklara ulaşma zamanı, bebeklikteki mizaç özellikleri, kim tarafından bakım gördüğünü sorgulayan sosyodemografik bilgi formu verildi. Her iki gruptaki annelere çocuk uyumu ve anne baba yeterlilik ölçeği (CAPES-TR), Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (Parent Attitude Research Instrument, PARI) verildi ve Annelere Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri (Experiences in close relationships revised, ECC-R) uygulandı. Çalışmanın etik kurul onayı Celal Bayar Üniversitesinden alındı (Tarih: 10.05.2017 no: 20.478.486).

İstatistiksel analiz için SPSS 20.0 (IBM, 2011)

kullanıldı. Verilerin değerlendirmesinde tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, yüzde) ve değişkenlerin karşılaştırılmasında kategorik veriler için ki kare, ölçek puanlarının değerlendirilmesinde parametrik varsayımı yerine getiren gruplarda Independent t testi, parametrik varsayımları yerine getiremeyen gruplarda Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis istatistiksel analizi kullanıldı. Değişkenlerin dağılımı göz önünde bulundurularak ölçümler arası korelasyon Pearson test ile değerlendirildi.  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

*Denver Gelişimsel Tarama Testi (DGTT):* Süt çocuklarının ve okul öncesi çocukların gelişimini değerlendirmede kullanılan basit bir yöntemdir (7-9). Test 1967'de Frankenburg ve Dodds tarafından hazırlanmış, 1971'de yeniden gözden geçirilmiştir. Türk toplumuna uyarlanması ve standardizasyonu 1982 yılında Yalaz ve Epir tarafından yapılmıştır (10). DGTT, Türk çocukları için standardize edilmiş gelişim testidir. DGTT, 1 ay ile 6 yaş arasındaki çocuklara uygulanabilen bir testtir. Özellikle süt çocuğunun gelişiminin izlenmesinde ve gelişimsel sapmaların erken tanınmasında önemli yeri vardır. Bu sayede rehabilitasyonun erken dönemde başlaması mümkün olmaktadır (7, 9,10).

*Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (PARI):* 1958 yılında Schafer ve Bell tarafından ABD'de geliştirilmiştir (11). Ölçek Güney Le Compte, Ayhan Le Compte ve Serap Özer tarafından 1978 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır (12). Türk örneklem grubu puanlarının faktör analizinden beş alt faktör oluşturulmuştur.

Bu boyutlar: Aşırı Annelik Boyutu, Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma Boyutu, Ev Kadınlığını Reddetme Boyutu, Eşlerin Geçimsizliği Boyutu, Baskı ve Disiplin Boyutu şeklinde ele alınmaktadır (13,14).

*Çocuk Uyumu ve Anne Baba Yeterlik Ölçeği (CAPES-TR):* Morawska ve ark. (2014) tarafından geliştirilen ve ebeveyn tarafından yanıtlanan, çocuğun duygusal ve davranış sorunları ile ebeveyn öz yeterliliğini birlikte değerlendiren ölçek toplam 27 değerlendirme cümlesi içermektedir (15).

Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Ölçeğin çocuk uyumu alt ölçeği, davranışsal sorunlar faktörü ve duygusal sorunlar faktörü olmak üzere iki faktörden oluşmaktadır. CAPES-TR'nin diğer alt ölçeği ise anne-baba yeterlik alt ölçeğidir. Çocuk uyumu alt ölçeğindeki puanların yükselmesi çocuk uyumu ile ilgili sorunlu davranışların arttığını gösterirken, anne-baba yeterlilik alt ölçeğindeki puanların artışı çocuklarının davranışları ile baş edebilme konusunda öz yeterlilikleri yüksek ebeveynler anlamına gelir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği Buran (2015) tarafından yapılmıştır (16). Ölçeğin çocuk uyumu ve ebeveyn öz yeterliliği alt ölçeği için hesaplanan Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0.90 ve 0.92'dir

*Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II (ECC-R):* Fraley ve ark. (2000) tarafından geliştirilen ölçeğin Türk örneklemini için geçerlik ve güvenilirlik çalışması Selçuk ve ark. (2005) tarafından yapılmıştır (17,18). Ölçekte maddelerin 18'i kaçınma, 18'i kaygı alt boyutlarında olmak üzere yedili Likert tipinde toplam 36 madde vardır. Bağlanmanın hem kaygı (Cronbach alfa katsayısı,  $\alpha=0,86$ ), hem de kaçınma (Cronbach alfa katsayısı,  $\alpha=0,90$ ) boyutlarının yüksek düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğu bulunmuştur. Yapılan test-tekrar test analizi sonucunda ölçeğin kaygı boyutunun 0,82 ve kaçınma boyutunun 0,81 oranında test-tekrar test güvenilirliğine sahip olduğu tespit edilmiştir (18).

## BULGULAR

Çalışmaya katılan olguların yaş ortalaması  $51,9 \pm 13,5$  ay iken, kontrol grubunun yaş ortalaması  $52,2 \pm 17$  aydır. Çocukların cinsiyeti, doğum şekilleri, doğum zamanları, bebeklikte ciddi kolik, yeme ve uyku problemleri öyküsü ve 0-2 yaş döneminde anneden 1 haftadan uzun süre ayrı kalma öyküsü açısından olgu ve kontrol grupları arasında istatistiksel fark bulunmadı. Annenin gebelikte sigara/alkol kullanımı öyküsü istatistiksel açıdan anlamlı olarak olgu grubunda daha sık bulundu (Tablo 1).

Çalışmaya katılan olguların anne-babaların yaş ortalamaları sırasıyla  $32,45 \pm 5,3$  yıl ve  $35,53 \pm 5,6$  yıl iken, kontrol grubunun anne-babalarının yaş ortalamaları sırasıyla  $32,58 \pm 3,9$  yıl ve  $35,05 \pm 4,3$  yıl

**Tablo 1.** Vaka ve kontrol gruplarına ait sosyodemografik veriler

	Vaka		Kontrol		p
	S	%	S	%	
<b>Cinsiyet</b>					
Kız	13	32,5	16	40	0,432
Erkek	27	67,5	23	57,5	
<b>Doğum şekli</b>					
NSVD	13	32,5	14	35	0,813
CS	27	67,5	26	65	
<b>Annenin gebelikte sigara/alkol kullanımı öyküsü</b>					
Var	6	15	1	2,5	0,048*
Yok	34	85	39	97,5	
<b>Doğum zamanı</b>					
Term	33	82,5	35	87,5	0,531
Preterm	7	17,5	5	12,5	
<b>Bebeklikte ciddi gaz sorunu öyküsü</b>					
Var	19	47,5	13	32,5	0,171
Yok	21	52,5	27	67,5	
<b>Bebeklikte uyku problemi öyküsü</b>					
Var	18	45	13	32,5	0,251
Yok	22	55	27	67,5	
<b>Bebeklikte yeme sorunu öyküsü</b>					
Var	17	42,5	14	35	0,491
Yok	23	57,5	26	65	
<b>0-2 yaş döneminde anneden 1 haftadan uzun süre ayrı kalma öyküsü</b>					
Var	5	12,5	4	10	0,723
Yok	35	87,5	36	90	

\*p&lt;0.05 istatistiksel açıdan anlamlı

olarak saptandı. Her iki grup sosyodemografik açıdan kıyaslandığında annenin eğitim durumu kontrol grubunda daha yüksek bulundu. Hasta grubunda annelerin daha yüksek bir çoğunluğunun çalışmadığı saptandı. Aile yapısı, anne-babada herhangi kronik bir fiziksel hastalık öyküsü açısından olgu ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamaktayken, anne ve babada psikiyatrik hastalık öyküsü olgu grubunda kontrol grubuna göre daha fazla bulundu (p<0.05) Olgu grubunda annelerin %10'unun (n=4), babaların %10 (n=4)'nün psikiyatrik tedavi öyküsü bulunmakta iken, kontrol grubunda annelerin ve babaların psikiyatrik tedavi öyküsü bulunmadı (Tablo 2).

Olgu grubunda en sık başvuru nedeni hareketlilik ve hırçınlık idi (n=20, %50). Bunu sırasıyla konuşma gecikmesi (n=4, %10), kaygı-korku (n=3, %7,5), okul reddi (n=3, %7,5), kardeş kıskançlığı (n=2, %5), tuvalet eğitiminde zorlanma (n=2, %5), dikkat dağınıklığı (n=1, %2,5), diş gıcırdatma (n=1, %2,5), kendine zarar verme davranışı (n=1, %2,5), kaka tutma (n=1, %2,5), kekemelik (n=1, %2,5) ve saldırganlık (n=1, %2,5) yakınmaları izliyordu.

Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeğinden aldıkları puanlar incelendiğinde "aşırı annelik ve otoriter tutum" puanları polikliniğe başvuran grubun puanı olarak yüksek bulundu (p<0.05) Gruplar CAPES-TR sonuçlarına göre, polikliniğe başvuran grupta duygusal, davranışsal ve toplam sorunlar kontrol grubuna göre anlamlı derece yüksek bulundu (p=0.023, p=0.000 ve p=0.000). Aynı ölçekte, annenin kendine güveni kontrol grubunun annelerine göre anlamlı derecede düşük saptandı (p=0.000). ECC-R değerlendirilmesi sonucunda gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı (p>0.05) ve veriler Tablo 3'te sunuldu.

Polikliniğe getirilen çocukların CAPES-TR ile PARI ölçek puanları arasındaki korelasyon analizinde duygusal sorunlar ile PARI'nin faktör 4 alt ölçeği arasında negatif yönde ilişki, davranışsal sorunlar ile faktör 3 alt ölçeği arasında pozitif yönde ilişki saptanmış olup, diğer alt ölçek karşılaştırmalarında anlamlı bir korelasyon saptanmadı (Tablo 4). CAPES-TR ebeveyn öz yeterliliği ile CAPES-TR çocuk uyumu alt ölçeklerinin tümü arasında negatif yönde ilişki saptandı (Tablo 4). ECC-R kaygı boyutu ile aşırı annelik boyutu arasında pozitif yönde, ECC-R kaçınma

**Tablo 2.** Ailelere ait sosyodemografik veriler

	Vaka S	%	Kontrol S	%	P
Aile yapısı					
Çekirdek	37	92,5	37	92,5	
Geniş	1	2,5	3	7,5	0,223
Parçalanmış	2	5	-	-	
<b>Anneler</b>					
Yaş ortalamaları	32,45±5,33		32,58±3,94		
Eğitim düzeyi					
İlkokul mezunu	6	15	-	-	
Ortaokul	10	25	-	-	
Lise	17	42,5	15	37,5	0,000**
Yüksekokul	3	7,5	6	15	
Üniversite	4	10	19	47,5	
Fiziksel hastalık					
Var	2	5	2	5	0,692
Yok	38	95	38	95	
Psikiyatrik hastalık					
Var	4	10	-	-	0,040*
Yok	36	90	40	100	
İş durumu					
Çalışıyor	9	22,5	34	85	0,000**
Ev hanımı	31	77,5	6	15	
<b>Babalar</b>					
Yaş ortalamaları	35,53±5,63		35,05±4,34		
Eğitim düzeyi					
İlkokul	6	15	1	2,5	
Ortaokul	7	17,5	2	5	
Lise	14	35	13	32,5	0,020*
Yüksekokul	7	17,5	7	17,5	
Üniversite	6	15	17	42,5	
Fiziksel hastalık					
Var	1	2,5	-	-	0,314
Yok	39	97,5	40	100	
Psikiyatrik hastalık					
Var	4	10	-	-	0,040*
Yok	36	90	40	100	
İş durumu					
Çalışıyor	37	92,5	40	100	
İşsiz	2	5	-	-	0,210
Emekli	1	2,5	-	-	

\*p<0.05 istatistiksel açıdan anlamlı, \*\*p<0.001 istatistiksel açıdan anlamlı

boyutu ile demokratik tutum arasında negatif yönde, EEC-R kaygı boyutu ile ev kadınlığı reddetme arasında pozitif yönde, ECC-R kaçınma ve kaygı boyutu ile eş geçimsizliği arasında pozitif yönde ilişki saptandı (Tablo 5).

## TARTIŞMA

Bu çalışmada, okul öncesi dönemde psikiyatrik muayeneye başvuran olguların ve sağlıklı kontrollerin sosyodemografik özellikleri, çocukların duygusal ve davranışsal sorunları, annelerinin ebeveynlik becerileri ve annenin bağlanma özellikleri karşılaştırılarak incelenmiştir. Olguların annelerinin psikiyatrik hastalık öyküsü sıklığının kontrol grubuna göre daha fazla olduğu, annelerinin kontrol grubuna göre daha zorlayıcı ve katı tutumlar sergiledikleri, çocuklarının duygusal ve davranışsal zorlukları karşısında kendilerini daha yetersiz hissettikleri saptanmıştır.

Okul öncesi yaş grubunda görülen psikiyatrik hastalık yaygınlığı ile ilgili az sayıda araştırma bulunmaktadır. Wilens ve ark. (2002) yaptıkları

araştırmada DEHB, anksiyete ve duygudurum bozukluklarını sırasıyla bu yaş grubu için %27-86, %16.5-28 ve %3.5-43 olarak bildirmişlerdir (19). Anselmi ve ark. (2004), okul öncesi dönem çocuklarıyla yaptıkları araştırmada görülen davranış problemlerinin, %31.8'inin agresif davranışlar, hiperaktivite, itaatsizlik, öfkeli davranışlar, %15.2'sinin ise içe kapanıklık, somatik şikâyetler, üzüntü, korku sergilediklerini saptamıştır (20). Başka araştırmalarda da yine okul öncesi yaş grubunda en fazla aşırı hareketlilik bildirilmiştir (21, 22). Araştırmamızda da literatürü destekler şekilde, olgu grubunun polikliniğe anneleri tarafından getirilme nedeni olarak en çok hareketlilik ve hırçınlık saptandı. Çocuk psikiyatri polikliniğine başvuran annelerde psikiyatrik rahatsızlık kontrol grubunun annelerine göre daha sıklıkla. Bu bulgu daha önce yapılan araştırmalarda da gösterilmiştir (5,6,23). Yapılan araştırmalarda eğitim düzeyi düşük olan annelerin daha sık aşırı koruyucu tutum sergiledikleri, düşük eğitim düzeyinde olanların çocuklarını disipline edebilmek için daha çok fiziksel ceza uyguladıkları, yüksek düzeyde eğitim almış annelerin ise daha çok destekleyici ve çocuk merkezli tutumlar sergiledikleri bildirilmektedir (5,24,25). Özben ve Argun



**Tablo 3.** Vaka ve kontrol grubunun PARI, CAPES-TR ve ECC-R puanlarının karşılaştırılması

	Vaka Ortalama	Kontrol Ortalama	z	p
<b>PARI Alt Ölçeği Faktörleri</b>				
Faktör 1	50,19	30,81	-3,733	0,000*
Faktör 2	42,68	38,33	-,842	0,400
Faktör 3	40,09	40,91	-,159	0,874
Faktör 4	40,41	40,59	-,034	0,973
Faktör 5	47,68	33,33	-2,766	0,006*
<b>CAPES-TR Çocuk Uyumu Alt Ölçeği Faktörleri</b>				
Davranışsal sorunlar	46,28	34,73	-2,266	0,023*
Duyusal sorunlar	51,71	29,29	-4,318	0,000**
CAPES-TR çocuk uyumu alt ölçeği toplam puan	51,81	29,19	-4,356	0,000**
<b>CAPES-TR Ebeveyn Özyeterliliği Alt Ölçeği</b>				
CAPES-TR ebeveyn özyeterliliği alt ölçeği toplam puanı	31,00	50,00	-3,658	0,000**
<b>ECC-R alt ölçeği puanları</b>				
Kaçınmacı bağlanma	39,26	41,74	-,476	0,634
Kaygılı bağlanma	39,91	41,09	-,226	0,821

Mann Whitney U testi uygulanmıştır. PARI: Parent Attitude Research Instrumen; CAPES-TR: Child Adjustment and Parent Efficacy Scale; ECC-R:Experiences in close relationships revised; \*p<0.05 istatistiksel açıdan anlamlı.

\*\*p<0.001 istatistiksel açıdan anlamlı

(2002) yaptıkları bir araştırmada çalışmayan annelerde aşırı kontrolcü ve katı ebeveyn tutumlarının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (26). 5-6 yaş grubunda çocuğu olan Karabük'te ikamet eden 381 ebeveynin çocuklarına karşı tutumlarının incelendiği bir araştırmada, üniversite mezunu annelerin demokratik/eşitlik tutumları ilkökul, ortaokul ve lise düzeyindeki annelerden daha yüksek, üniversite mezunu annelerin aşırı koruyuculuk ve sert/katı disiplin tutumlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (27). Yine aynı araştırmada öğretmen, avukat gibi mesleklere sahip annelerin, ev hanımı olanlardan daha fazla demokratik tutum, daha az katı/sert disiplin ve aşırı koruyuculuk tutumuna sahip oldukları bildirilmiştir (27). Klinik örnekleme yapılmış başka bir araştırmada lise altı eğitim düzeyine sahip anneler, lise ve üzeri eğitilmiş annelere göre daha olumsuz tutum gösterdiği bildirilmiştir (5). Çalışmamızda olgu grubunda annelerin çoğunluğu çalışmıyordu ve lise mezunuydu. Kontrol grubunun annelerine göre daha kontrolcü ve katı ebeveynlik tutumları sergiledikleri saptandı. Bu durum literatürü destekler şekilde eğitim düzeyi yükseldikçe ve çalışan annelerin çocuklarına karşı demokratik tutumlarının arttığını, aşırı koruyuculuk ve sert/katı disiplin tutumlarının azaldığını göstermektedir.

Anne-baba tutumları, çocuklarda davranış problemlerine neden olabilmektedir (28). Otoriter

ailede yetişen çocuklarda, yüksek saldırganlık gibi olumsuz davranışlar geliştiği, özgüven eksikliği, okulda ve çevrede saldırganlık, başkalarına zarar verme ve derslerde başarısızlık gibi sonuçlarının olduğu belirlenmiştir (29-31). Aşırı koruyucu anne-baba davranışları, çocuklarda okul fobisinin ortaya çıkmasına, gece altını ıslatmalara, içine kapanmaya ve utangaçlık görülebilmesine neden olduğu bildirilmiştir (32,33).

Literatürde anne-baba tutumları ile okul öncesi dönemdeki çocukların problem davranışları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların az olduğu, çalışmaların daha çok ergenler ile yapıldığı görülmüştür. Demirkaya ve Abalı (2012), yaşları 24 ay-72 ay olan ve ilkökula gitmeyen 200 çocuk ve anneleri ile yaptıkları araştırmada karı-koca geçimsizliği, katı disiplin, ev kadınlığı reddi alanlarındaki yüksek ortalamalar ile çocuktaki çocuk davranışı değerlendirme ölçeğindeki dışa yönelim puanları arasında ilişkinin olduğunu, çocuk içe yönelim puanları ile geçimsizlik ve aşırı koruyuculuk arasında ilişki olduğunu bildirmişler ve çocuklardaki psikopatoloji varlığı ile annelerin olumsuz tutumları arasında ilişkinin olduğunu belirtmişlerdir (5). Derman ve Başal'ın (2013) 5-6 yaş çocuklarda gözlenen davranış problemlerini ve anne-baba tutumları ile problem davranışlar arasındaki ilişkiyi belirlemek için 1112 çocukla yaptıkları araştırmada içe kapanık, hiperaktif,

**Tablo 4.** Vaka grubunun PARI, CAPES-TR ebeveyn öz yeterliliği ve CAPES-TR Çocuk Uyumu Alt Ölçeği puanları arasındaki ilişki

	Davranışsal sorunlar		Duygusal sorunlar		CAPES-TR çocuk uyumu alt ölçeği toplam puan	
	r	p	r	p	r	p
Faktör 1	-.215	0,182	-.072	0,660	-.212	0,190
Faktör 2	,013	0,938	-.027	0,869	,008	0,961
Faktör 3	,332	0,036*	-.034	0,837	,307	0,054
Faktör 4	,051	0,757	-.413	0,008*	-.010	0,950
Faktör 5	-.047	0,772	,158	0,330	-.022	0,891
CAPES-TR ebeveyn öz yeterliliği	-.637	0,000**	-.394	0,012*	-.652	0,000**

Pearson korelasyon testi uygulanmıştır. PARI: Parent Attitude Research Instrument; CAPES-TR: Child Adjustment and Parent Efficacy Scale; ECC-R: Experiences in close relationships revised; \*p<0.05 istatistiksel açıdan anlamlı, \*\*p<0.001 istatistiksel açıdan anlamlı

kıskançlık gösteren çocukların ailelerinin orta düzeyde ev kadınlığını reddedici tutuma ve iştahsız, aşırı inatçı, vurma davranışı gösteren ve tırnak yiyen çocukların ailelerinin ise düşük düzeyde ev kadınlığını reddedici tutuma sahip oldukları, içe kapanıklık, aşırı inatçılık, hayvan korkusu ile aşırı koruyucu anne-baba tutumu arasında, içe kapanıklık, parmak emme ve fobiler ile demokratik tutum arasında, hayvan korkusu ile ev kadınlığını reddedici tutum arasında, hayvan korkusu, tükürme ve yalan ile sıkı disiplinli tutum arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (22). Yurduşen'in (2004) yapmış olduğu çalışmada ev kadınlığı rolünü reddeden annelerin çocuklarında davranış problemlerinin olduğu bildirilmiştir (34). Başka bir çalışmada, ev kadınlığı rolü ile diğer çocuk davranışları arasında herhangi anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (35). Sertbaş'ın (2006) yapmış olduğu çalışmada ebeveynler arasında yaşanan geçimsizliklerin çocuklarda çeşitli davranış problemlerine yol açtığı belirtilmiştir (36).

4 ve 5 yaşındaki 102 çocuk ve ebeveyni ile yapılmış bir çalışmada demokratik ebeveyn tutumunun çocukların duygu düzenleme becerileri üzerinde olumlu, otoriter ebeveyn tutumunun ise olumsuz etkisinin olduğu saptanmıştır (37).

Çalışmamızda çocukların davranış sorunlarına ait veriler incelendiğinde, polikliniğe getirilen gruptaki annelerin eş geçimsizliği puanı yüksek olanların çocuklarında literatürü destekler şekilde davranışsal sorunların arttığı, farklı olarak emosyonel sorun puanı yükseldikçe anneliği reddedici tutumun azaldığı görüldü. Polikliniğe getirilen grupta ebeveynlerin öz yeterlilikleri azaldıkça çocuklardaki emosyonel ve davranış sorunlarının arttığı görüldü. Literatürle uyumlu şekilde polikliniğe getirilen gruptaki çocuklarda duygusal, davranışsal sorunlar, annelerinde ise aşırı annelik ve otoriter tutum kontrol grubundan anlamlı derece yüksek bulundu.

Dört-altı yaş arasında çocuğu olan 200 anne ve baba ile yapılmış bir çalışmada, kaygılı bağlanma ile anne tutumları arasında sadece otoriter-baskıcı tutum arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmışken, kaçınan bağlanma ile aşırı annelik, ev kadınlığını reddetme, geçimsizlik ve otoriter-baskıcı tutum arasında pozitif yönde ilişki olduğu bildirilmiştir (38). Altı-on bir yaş grubu çocuğa sahip 91 anne ile yapılmış bir çalışmada güvenli bağlanma ile aşırı annelik, geçimsizlik ve genel baskı alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif ilişki olduğu saptanmışken, kaygılı ve kaçınan bağlanma ile anne tutumları

**Tablo 5.** Vaka grubunun PARI ve ECC-R puanları arasındaki ilişki

	ECC-R kaçınma boyutu		ECC-R kaygı boyutu	
	r	p	r	p
Faktör 1	,006	0,970	,354	0,025*
Faktör 2	-.470	0,002*	-.217	0,178
Faktör 3	,167	0,303	,302	0,058*
Faktör 4	,423	0,007*	,351	0,027*
Faktör 5	,160	0,324	,342	0,031

Pearson korelasyon testi uygulanmıştır. PARI: Parent Attitude Research Instrument; CAPES-TR: Child Adjustment and Parent Efficacy Scale; ECC-R: Experiences in close relationships revised; \*p<0.05 istatistiksel açıdan anlamlı

arasında bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır (35). Ebeveynin ayrılma anksiyetesi ve aşırı koruyuculuğu, güvensiz bağlanma tarzları ile ilişkili bulunmuştur (39-41). Araştırmamızda polikliniğe getirilen grupta aşırı annelik, ev kadınlığını reddetme ve eş geçimsizliği ile kaygılı bağlanma arasında ve eş geçimsizliği ile kaçınan bağlanma arasında pozitif yönde ilişki, demokratik tutum ile kaçınan bağlanma arasında negatif yönde ilişki saptandı. Kontrol grubuyla annelerinin bağlanma stilleri açısından istatistiksel bir farklılık saptanmadı. Kaygılı bağlanan annelerin çocuklarıyla daha çok uğraştıkları, kaçınan bağlanan annelerin daha az söz hakkı verdikleri, problemlerin çözümünde daha az ortak görüş sundukları şeklinde yorumlanabilir. Kaygılı bağlanan ebeveynler, sosyal temas ve yakınlık isteyerek çocuklarına ve eşlerine yaklaşırlar; fakat sahip oldukları korku, bu sürecin niteliğini olumsuz etkiler (38). Kayıtsız kaçınmacı bağlanan kişiler, eşlerine ve evlatlarına karşı soğuk ve ilgisizdirler (42). Araştırmamızdaki eş geçimsizliği ile kaçınan ve kaygılı bağlanma arasındaki ilişki literatüre uyumlu olarak beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamız çok az sayıda araştırmaya konu olan bir alana dair veriler sunuyor olmakla birlikte, verilerin değerlendirilmesinde göz önünde bulundurulması gereken kısıtlılıklar vardır. Araştırmamız kesitsel şekilde dizayn edilmiştir ve incelenen değişkenlerin psikopatoloji üzerindeki etkisinin incelenmesi için uzun izlem araştırmalarına gereksinim vardır. Başvuran 0-6 yaş grubu çocuklarda ve kontrol grubunda psikopatoloji değerlendirmesi için CAPES-TR ölçeğinin

çocuk uyumu alt ölçeğindeki davranışsal ve duygusal sorunlar alt ölçeği kullanılmış olup ayrı bir ölçekle ya da klinik olarak değerlendirilmemiş olması bir kısıtlılıktır.

Sonuç olarak, okul öncesi yaş döneminde annenin çocuk yetiştirme tutumu ile çocuğun davranış sorunları, annelerin yeterlilik algıları, annenin bağlanma özellikleri arasındaki ilişkilerin araştırıldığı sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Literatürde araştırmaların ya klinik dışı ya da sadece poliklinik başvurusu olan örneklerle yapılmış olduğu görülmektedir. Araştırmamızda kontrol grubunun olması güçlü yanındır. Polikliniğe davranış sorunları ile gelen çocuklarda, anne ve çocuk psikopatoloji açısından birlikte değerlendirilmelidir. Bu bağlamda toplum ruh sağlığı açısından anne ruh sağlığının önemsenmesi gerekliliği bir kez daha karşımıza çıkmaktadır. Okul öncesi dönemde görülebilecek davranış sorunları ve bunlarla başa çıkma yolları hakkında ailelere yönelik eğitim programları düzenlenebilir. Davranış sorunları üzerinde etkili olabilecek kişilik özellikleri, mizaç, çevre faktörleri, yaşam koşulları, aile ve akran ilişkileri, okul ortamı ele alınarak ve bu değişkenlerin etkileşimleri incelendiği daha çok örneklemli çalışmalara ihtiyaç vardır.

---

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

---

#### KAYNAKLAR

1. Agnafors S, Sydsjö G, Comasco E, Bladh M, Orelund L, Svedin CG. Early predictors of behavioural problems in pre-schoolers – a longitudinal study of constitutional and environmental main and interaction effects. *BMC Pediatr* 2016;16: 76.
2. Ekşi A. Ben Hasta Değilim Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri,1999.
3. Bernstein DA, Clarke-Stewart A, Roy EJ, Srull TK, Wickens CD. *Psychology 2nd Edition*, Princeton, Houghton Mifflin Company, 1994.
4. Mortensen JA, Melissa A. Barnett. Risk and Protective Factors, Parenting Stress, and Harsh Parenting in Mexican Origin Mothers with Toddlers. *Marriage & Family Review* 2015;51:1, pages 1-21.
5. Karakoç SD, Abalı O. Annelerin çocuk yetiştirme tutumlarının okul öncesi dönem davranış sorunları ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2012;13: 67-74.
6. Hesapçoğlu ST, Mehmet FC, Betül Erdoğan, Gözde K, Esra Ç. Okul Öncesi Çocuklarda Duygusal ve Davranışsal Sorunlar Annedeki Hangi Psikiyatrik Belirtiler ile İlişkilidir? *Dusunen Adam* 2017;30: 6-14.
7. Renda Y, Yalaz K, Özdirim E, Aysun S. *Pediyatrik Nöroloji*. Ankara, Türkiye Sağlık ve Tedavi Vakfı Yayınları, 1983, s.309-311.
8. Miller V, Onotera RT, Deinard AS. *Denver Developmental Screening Test: Cultural Variations in Southeast Asian Children*. *J Pediatr* 1984;104: 481-483.
9. Apak S. *Gelişim Nörolojisi*, İstanbul, Bayrak Matbaası, 1989, s.223-224.
10. Yalaz K, Epir S. *Denver Gelişimsel Tarama Testi El Kitabı*

- Türk Çocuklarına Uygulanması ve Standardizasyonu. Ankara, Meteksan Mtb, 1982.
11. Öner N. Does education make a difference in the child rearing attitudes of parents in Turkey. *Boğaziçi Univ Derg* 1984; 11: 43-54.
12. Kulaksızoğlu A. Ergen aile çatışmaları ile annenin tutumları arasındaki ilişki ve ergenin problemleri. *Journal of Educational Sciences* 1989;1:71-87.
13. Öner N. Türkiye'de kullanılan psikolojik testler. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1994.
14. Savran C. Ana-babaların kişilik özellikleri ile ana-baba tutumları arasındaki ilişkiler. 10.Ya-Pa Okulöncesi Eğitimi ve Yaygınlaştırılması Semineri (Ankara, 1995).
15. Morawska A, Sanders MR, Haslam D, Filus A, Fletcher R. Child adjustment and parent efficacy scale: Development and initial validation of a parent report measure. *Aust Psychol* 2014; 49: 241-252.
16. Buran BŞ. Çocuk uyumu ve annebaba yeterlik ölçeği 2-12 yaş (CAPES-TR) [Child Adjustment and Parent Efficacy Scale (CAPES)]'in klinik ve toplum örneklerinde Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2015.
17. Fraley RC, Waller NG, Brennan KA. An Item Response Theory Analysis of Self-Report Measures of Adult Attachment. *J Pers Soc Psychol* 2000;78: 350-365.
18. Selçuk E, Günaydın G, Sümer N, Uysal A. Yetişkin bağlanma boyutları için yeni bir ölçüm: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II'nin Türk örnekleminde psikometrik açıdan değerlendirilmesi. *Türk Psikol Yaz* 2005; 8: 1-11.
19. Wilens TE, Biederman J, Brown S, Monuteaux, M, Prince J, Spencer TJ. Patterns of psychopathology and dysfunction in clinically referred preschoolers. *J Dev Behav Pediatr* 2002; 23(Suppl 2): 31-36.
20. Anselmi L, Piccinini CA, Barros FC, Lopes RS. Psychosocial determinants of behaviour problems in Brazilian preschool children. *J Child Psychol Psychiatry* 2004; 45:779-788.
21. Sezer Ö. Okul öncesi dönemde bulunan çocuklarda sık rastlanan uyum ve davranış bozuklukları ve bu bozukluklara ilişkin öğretmenlerin görüşleri. Marmara Üniversitesi Eğitim Fakültesi 1. Uluslararası Okulöncesi Eğitim Kongresi (2006 İstanbul), Bildiri Kitabı, 2006 III. Cilt, s.280-293, İstanbul.
22. Derman MT, Başal HA. Okul Öncesi Çocuklarında Gözlenen Davranış Problemleri ile Ailelerinin Anne-Baba Tutumları Arasındaki İlişki. *Amasya Uni Eğitim Fak Derg* 2013; 2:115-144.
23. Cimino S, Cerniglia L, Paciello M, Sinesi S. A six-year prospective study on children of mothers with eating disorders: the role of paternal psychological profiles. *Eur Eat Disord Rev* 2013; 21: 238-246.
24. Şanlı D. Annelerin Çocuk yetiştirme tutumlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007.
25. Bronstein MH, Zlotnik D. Parenting Styles and Their Effects. MM Haith, JB Benson (Ed.), *Encyclopedia of Infant and Early Childhood Development*, Oxford: Academic Press, 2008, p.496-509.
26. Özben Ş, Argün Y. Okul öncesi çocukların Anne-Babalarının çocuk yetiştirme tutumları ile ilgili değişkenlerin incelenmesi. *DEU Buca Eğitim Fak Derg* 2002; 14: 18-28.
27. Özyürek A, Şahin FT. 5-6 Yaş Grubunda Çocuğu Olan Ebeveynlerin Tutumlarının İncelenmesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi 2005; 25:19-34.
28. Arı R. Gelişim ve öğrenme. 2. Baskı, Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, 2005.
29. Aslan E. Benlik kavramı ve bireyin yaşamındaki etkileri, Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi 1992;4:7-14.
30. Çağdaş, A. Anne-baba-çocuk iletişimi. Konya: Eğitim Kitabevi Yayınları, 2003.
31. Alıcıgüzel İ. Çağdaş okulda eğitim ve öğretim. İstanbul: Sistem Yayıncılık, 2001.
32. Başal HA. Gelişim ve psikoloji, Nasıl mutlu ve başarılı bir çocuk yetiştirebiliriz? Bursa: Ekin Yayınları, 2012.
33. Yavuzer H. Çocuk Eğitimi El Kitabı. 6.Basım, İstanbul: Remzi Kitabevi, 1998.
34. Yurduşen S. The Effects of mother's parental attitudes on their preschool children's internalizing and externalizing behavior problems: The mediator role of mothers' psychological adjustment, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Orta Doğu Teknik Üniversitesi, 2004.
35. Nalbantoğlu G. 6 ile 11 yaş arasında çocuklarda görülen ruhsal sorunların annelerin bağlanma düzeyi, çocuk yetiştirme tutumu ve aile işlevleri ile olan ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2016.
36. Sertbaş N. İlköğretim Öğrencilerinde Davranış Problemleri ve Yordayan Değişkenler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 2006.
37. Yaman B. Ebeveyn tutumlarının çocukların mizaç özellikleri ve duyu düzenleme becerileri üzerindeki rolü. Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Bölümü, 2018.
38. Bolattekin A. Anne-babanın bağlanma stilleri, anne-baba tutumları ve çocuklarındaki davranış problemleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2014.
39. Hock E, Schirtzinger MB. Maternal Separation Anxiety: Its developmental course and relation to maternal mental health. *Child Dev* 1992;63:93-102.
40. Liotti G. Disorganized/disoriented attachment in etiology of the dissociative disorders. *J Dissociation* 1992;5: 196-204.
41. Van Ijzendoorn MH. Adult attachment representations parental responsiveness and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the adult attachment interview. *Psychol Bull* 1995;117:382-403.
42. Hazan C, Shaver P. Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1987;52:511-524.

# Psikiyatrik bozukluklar ile özkıyım arasındaki ilişkinin incelenmesi: 2013-2018 yılları için kayıtlara dayalı geriye dönük bir araştırma

*Investigation of the relationship between psychiatric disorders and suicide: A retrospective research based on records for 2013-2018*

Burak Mete<sup>1</sup>, Vedat Söyler<sup>2</sup>, Erkan Pehlivan<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Uzm. Dr., <sup>2</sup>Dr., Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü, Bingöl, Türkiye

<sup>3</sup>Prof. Dr., İnönü Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

## ÖZET

**Amaç:** İntihar girişimi ölümlerle sonuçlansın ya da sonuçlanmasın çok ciddi psikolojik sorunlara ve sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Bu çalışmanın amacı Bingöl ili'nde meydana gelen özkıyım girişimi vakalarının incelenmesi, risk gruplarının ve tekrarlayıcı özkıyım riski olan grupların tespit edilmesidir. **Yöntem:** Bu çalışma kayıtlara dayalı geriye dönük bir araştırmadır. Çalışma, 2013-2018 yıllarında meydana gelen 550 özkıyım girişimi vakasının dosyaları üstünde yapılmıştır. Verilerin analizinde Binary Lojistik Regresyon testi ve Ki-kare testi kullanılmıştır. **Bulgular:** İntihar girişiminde bulunanların %91'i 35 yaş altında, %75'i kadın ve %36'sı öğrencidir. En önemli özkıyım sebepleri ruhsal bozukluk (%18,7) ve ailesel sorunlardır (%16). En sık görülen ruhsal bozukluk depresif bozukluktur. Her iki cinsiyet için en fazla başvurulan özkıyım girişimi şekli ilaç-toksik madde alımıdır. Mental hastalığı olanlarda tekrarlayıcı özkıyım girişimi riski OR: 7,7 (CI:4,51-13,26) kat, özkıyım sonrası psikiyatri konsültasyonu istenmeyen kişilerde de yineleyici özkıyım riski OR: 1,9 (CI:1,16-3,22) kat artmaktadır. **Sonuç:** Ruhsal hastalığı olanlarda, kadınlar ve öğrencilerde özkıyım girişimini azaltacak sosyal politikalar multisektörel olarak yürütülmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Mental hastalıklar, özkıyım, gençler, kadınlar

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2020;23:92-100)

DOI: 10.5505/kpd.2020.35582

## SUMMARY

**Objective:** A suicide attempt results in serious psychological and health problems that result in death or not. The aim of this study was to investigate cases of suicide attempts in the province of Bingöl and to identify risk groups and groups with repeated suicide risk. **Method:** This is a retrospective study based on records. The study was carried out on the files of 550 suicide attempts that occurred in 2013-2018. Binary logistic regression test and Chi-square test were used for data analysis. **Results:** Suicidal death rates tend to fall. 91% of those attempting suicide are under 35 years old, 75% are women and 36% are students. The most important suicidal causes were mental illness (18%) and familial problems (16%). The most common mental disorder is depressive disorder. The most commonly attempted suicide attempt for both sexes is drug-toxic intake. The risk of repeated suicide attempts in patients with mental disease: 7,7 (CI:4,51-13,26) times, the risk of repeated suicide in patients with unintended psychiatric consultation after suicide OR: 1,9 (CI:1,16-3,22) increase. **Discussion:** Multisectoral social policies to reduce suicide attempts in mental patients, women and students should be carried out.

**Key Words:** Mental disorders, suicide, females, teenagers

## GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) özkıyım eylemini “kişinin amaçlı ve bilincinde olarak ve değişik derecelerde ölümcül olarak kendine zarar vermesi” olarak tanımlamıştır (1). DSÖ özkıyımı, özkıyım eylemi ve özkıyım girişimi olarak iki kategoride değerlendirmektedir. Özkıyımlar ölümle sonuçlanır, özkıyım girişimi ise, bireyin kendisini yok etmek, zarar vermek veya zehirlemek amacıyla gerçekleştirdiği ölümle sonuçlanmayan bütün istemli girişimleri içermektedir (1). Özkıyım ile ilişkili birçok psikososyal risk faktörü tanımlanmıştır. Yalnızlık, evlilikle ilgili sorunlar, işsizlik, sosyoekonomik seviyenin düşük olması, stresli yaşam, ölüm/kayıp, iş kaybı özkıyım riskini artıran önemli risk faktörleridir (2,3). Özkıyım ile ilgili sosyodemografik risk faktörleri arasında ergenlik, yaşlılık, yoksulluk, işsizlik, erkek olmak, bekar olmak, boşanmış olmak, dul olmak sayılabilir (4,5). Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan özkıyımı önleme raporunda özkıyımın önlenabilir bir durum olduğu görülmektedir. Aynı raporda 15-29 yaş aralığındaki gençler arasında özkıyımın ölüm sebebi olarak ikinci sırada yer aldığı ve her kırk saniyede bir kişinin dünyanın herhangi bir yerinde özkıyım sonucunda öldüğü belirtilmiştir. Ayrıca özkıyımın hem gelişmiş ülkelerde hem de kaynak ve hizmetlerin sınırlı olduğu ülkelerde bir halk sağlığı sorunu olduğu ifade edilmiştir (6). Sosyoekonomik faktörlerin yanında kişisel risk faktörlerine bakıldığında ise önceden özkıyım girişiminin olması, mental hastalık varlığı, madde kullanımı, dürtüsellik ya da agresyona eğilim, ciddi fiziksel hastalık varlığının özkıyım girişiminde etkili olduğu görülmektedir (7).

İntihar girişimi ölümle sonuçlansın ya da sonuçlanmasın çok ciddi sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2014 yılında yayınladığı özkıyımı önleme raporunda özkıyım sorununun daha çok gelişmemiş ülkelerin sorunu olduğu, her yıl neredeyse bir milyona yakın kişinin özkıyım sonucu öldüğü ve özkıyım sonucu ölümün genel nüfusa oranının her yüz bin kişide 11,4 olduğu görülmüştür. Cinsiyet açısından ise her yüz bin kişide erkeklerde 15, kadınlarda ise 8 oranında özkıyım gerçekleştiği görülmektedir. Aynı raporun sonucuna göre erkek/kadın özkıyım oranları bütün dünyada artmaktadır. Ayrıca bütün dünyada erkek

özkıyım hızları yüksekken istisna olan bölgenin Batı Pasifik bölgesi olduğu görülmektedir. Yaşa göre özkıyım hızlarının bölgeden bölgeye değiştiği görülmektedir. Bütün dünyada özkıyım hızlarının en düşük olduğu yaş grubu 15 yaş altı ve 70 yaş üstüdür. Gelişmiş ve gelişmemiş ülkeler arasındaki en büyük fark gelişmemiş ülkelerde kadın ve genç özkıyımlarının ön plana çıkmasıdır (6). TÜİK 2017 verilerine göre Türkiye'de 3069 özkıyım vakası olmuştur ve kaba özkıyım hızı yüz binde 3,82'dir. 2017 yılında meydana gelen özkıyımların %77'si erkekler tarafından gerçekleştirilmiştir. Eğitim durumu açısından bakıldığında bu kişilerin %43'ünün ilköğretim ve lise düzeyinde eğitilmiş olduğu görülmektedir. İntihar nedenlerine baktığımızda erkeklerin ve kadınların en sık hastalık sebebiyle özkıyımında bulunduğu, daha az sıklıkta ise ailesel sorunlar ve geçim sıkıntısı nedeniyle özkıyımında bulunduğu görülmektedir. Toplam özkıyımların %35,6'sı 30 yaş altındadır (8). Ülkemizde de özkıyım ve ilişkili sosyodemografik ve psikolojik faktörler ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Tel ve arkadaşları tarafından yapılan ve sosyal destek ve stresle başa çıkma durumlarının değerlendirildiği çalışmada özkıyım vakalarının çoğunluğunun 15-19 yaş aralığında olduğu görülmektedir (9). Bir başka çalışmada da özkıyım sebebi ile acile başvuranların %60'ının 16-24 yaş grubunda olduğu görülmüştür (10). Devrimci ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada; kadın/erkek özkıyım girişiminde bulunma oranının 2,4 olduğu belirtilmektedir. Bir başka çalışma da yine verileri destekler nitelikte; acil servise özkıyım sebebiyle başvuran kadın/erkek oranının 3,4 olduğu vurgulanmaktadır (11). Bizim yaptığımız bu çalışma ile Bingöl İli'nde son 6 yılda meydana gelen ve ilde bulunan devlet hastanelerinin acil servislerine özkıyım girişimi (tamamlanmamış özkıyım) sebebiyle başvuran vakaların sosyodemografik özelliklerini belirlemek, psikiyatrik bozukluklar ile özkıyım girişimi arasındaki ilişkiyi tespit etmek ve özkıyım girişim hızlarını hesaplamak amaçlanmaktadır.

## YÖNTEM

### Verilerin toplanması

Çalışma 2013-2018 yılları arasında Türkiye

İstatistiksel Bölge Birimi (İBBS 2) bölgesinde bulunan Bingöl İli'nde yapılmıştır. Çalışma Bingöl Devlet Hastanesi, Genç İlçe Devlet Hastanesi, Solhan İlçe Devlet Hastanesi ve Karlıova İlçe Devlet Hastaneleri acil servislerine özkıyım girişimi sebebiyle başvuran 550 kişinin dosya verileri üstünde yapılmıştır. Çalışmada yaş sınırlaması yapılmamış olup bütün yaş grubundan kişiler çalışmaya dahil edilmiştir.

Özkıyım girişimi sebebiyle hastanelerin acil servislerine başvuran kişilerin verileri, Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen Acil Servis Ünitesi İntihar Girişimleri Kayıt Formundan elde edilmiştir. İntihar girişimi bildirim formu acil servis hekimleri tarafından doldurulmaktadır. Bu formda özkıyım girişiminde bulunan kişilerin sosyodemografik özellikleri ve özkıyım girişimi sebebi, şekli, varsa daha önceki özkıyım girişimleri, daha önceki psikiyatrik tanıları, son 6 ay içinde psikiyatrik tedavi veya takip yapılıp/yapılmadığı, uygulanan tedavi türü ve özkıyım girişimi sonrası psikiyatri konsültasyonunun yapılıp/yapılmadığı ile ilgili veriler yer almaktadır. Bu formlar aylık olarak hastaneler tarafından Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü Ruh Sağlığı Birimi'ne bildirilmektedir. Bu formlar Ruh Sağlığı Birimi arşivinde saklanmaktadır.

Bu çalışma kayıtlara dayalı geriye dönük bir araştırmadır. 2013-2018 yıllarında meydana gelen bütün özkıyım girişimi vakaları çalışmaya dahil edilmiştir. Özkıyım girişimi dosyaları Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Başkanlığı Ruh Sağlığı Birimi arşivinden temin edilmiştir.

Çalışmanın yapılabilmesi için Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Başkanlığı'ndan izin alınmıştır. Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü Etik kurulundan etik kurul onayı alınmıştır (Sayı: 81966737-040.99).

### İstatistik

Dosyalarda bulunan sosyodemografik bilgiler, özkıyım sebebi ve girişim şekli, önceki özkıyım girişimi ve psikiyatrik tanı bilgileri incelenmiştir. Yıllara göre kaba özkıyım girişim hızları hesaplanmıştır. Kaba özkıyım girişim hızı: belli bir yıl içinde yüz bin nüfus başına düşen özkıyım

girişimi vaka sayısıdır.  $KÖGH = (\frac{Ö}{N}) \times 100\ 000$  formülü ile hesaplanmaktadır (Ö: Özkıyım girişim sayısı, N: Yıl ortası nüfus). Verilerin analizinde SPSS programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı veriler sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. Verilerin analizinde Pearson Ki-kare testi ve İkili Lojistik Regresyon testi kullanılmıştır. Model uyumunun iyi olduğu görülmüştür (Omnibus test < 0.001). Kurulan modelin doğru tahmin etme yüzdesi %83.7'dir. Yineleyici özkıyım girişimi riskini tahmin etmek için yapılan ikili lojistik regresyon analizinde bağımlı değişken; yineleyici özkıyım girişimi olmama (0) / olma (1) olarak belirlenmiştir. Bağımsız değişkenler ise cinsiyet, yaş, mental hastalık ve özkıyım girişimi sonrasında psikiyatri konsültasyonu istenmesi olarak belirlenmiştir. Bağımsız değişkenler için referans kategorileri (0) sırasıyla kadın olmak, 35 yaş altı olmak, mental hastalık olmaması ve özkıyım girişimi sonrasında konsültasyon istenmesidir. Bağımsız değişkenler için risk kategorileri (1) sırasıyla erkek olmak, 35 yaş üstü olmak, mental hastalık olması ve özkıyım girişimi sonrasında konsültasyon istenmemesidir.  $p < 0,05$  değeri istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir.

### BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen özkıyım girişiminde bulunan 550 kişinin sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Özkıyım girişiminde bulunan kişilerin çoğunluğunu kadınlar, bekarlar, gençler, ilköğretim veya orta öğretim mezunu olanlar ya da halen eğitim gören öğrenciler oluşturmaktadır. Özkıyım girişimlerinin %76,5'inin ilk özkıyım girişimi olduğu, %18,9'unun yineleyici özkıyım girişimi olduğu görülmektedir. İntihar girişimlerinin %2'sinde hem kendisinde hem aile öyküsünde girişim olduğu görülmüştür. Yıllara göre kaba özkıyım girişim hızları Tablo 2'de verilmiştir.

Özkıyım girişim hızının yüz binde 50'den yüz binde 30'lara düştüğü görülmektedir. Özkıyım girişimi nedenleri Tablo 3'de verilmiştir.

İntihar nedenleri incelendiğinde psikiyatrik hastalık varlığının, ailesel sorunların, karşı cinsle

**Tablo 1.** Özkıyım girişiminde bulunan kişilerin sosyodemografik özellikleri

Cinsiyet	n	%
Kadın	421	76,5
Erkek	129	23,5
Yaş		
0-15	10	1,8
16-24	413	75,1
25-34	78	14,2
35-49	42	7,6
50-64	6	1,1
65 ve üstü	1	0,2
Medeni durum		
Evli	123	24,4
Bekar	370	73,3
Dul	4	0,8
Boşanmış	2	0,4
Nişanlı	3	0,6
Ayrı yaşıyor	3	0,6
Eğitim		
Okur-yazar değil	44	8,2
Okur-yazar	31	5,8
İlkokul-ortaokul	168	31,2
Lise	192	35,7
Yüksek-öğretim	73	13,6
Bilmiyor	30	5,6
İş durumu		
Çalışıyor	45	8,3
Çalışmıyor	166	30,6
Ev hanımı	93	17,1
Öğrenci	196	36,1
Bilmiyor	43	7,9

sorunların, iletişim sorunlarının, öğrenciler için okul ve sınav kaygıları ve gelişimsel dönem sorunlarının ön plana çıktığı görülmektedir. Ruhsal bozukluğu olan özkıyım girişimi vakalarının en büyük kısmının depresif bozukluk hastaları olduğu görülmüştür. Depresif bozukluk dışında psikiyatrik hastalığı olup özkıyım girişiminde bulunan kişilerin bu hastalıklarının; anksiyete bozukluğu, bipolar bozukluk, şizofreni, konversiyon bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozukluk hastalıkları olduğu görülmüştür. Psikiyatrik hastalığı olup özkıyım girişiminde bulunan kişilerin tanı dağılımı şu şekildedir; 60 depresif bozukluk, 11 şizofreni, 10 bipolar bozukluk, 8 anksiyete bozukluğu, 3 konversiyon bozukluğu, 2 obsesif kompulsif bozukluk, 1 panik bozukluk hastasıdır. 8 kişinin ise tanı bilgileri mevcut değildir. İntihar şekillerine bakıldığında ise %91'inin ilaç veya toksik madde ile, %3,5'inin kesici-delici aletle, %1,8'inin kendini asarak, geriye kalanların ise tüp gaz ile, ateşli silahla veya yüksekten atlayarak girişimde bulunduğu görülmüştür. Yüksekten atlama dışında diğer yöntemlerle özkıyım girişiminin kadınlarda daha fazla olduğu görülmüştür (p=0,090).

Cinsiyet değişkeni incelendiğinde, kadınlarda

özkıyım nedenlerinde ailesel sorunların, ruhsal hastalığın, karşı cinsle sorunların, aile içi şiddet, okul sorunlarının, iletişim sorunlarının ve yalnızlığın ön planda olduğu, erkeklerde ruhsal hastalığın, ailesel nedenlerin, karşı cinsle sorunların ve yalnızlığın ön planda olduğu görülmektedir (p=0,010). Yaş değişkeni açısından bakıldığında 0-15 yaş grubu için; ailesel nedenlerin, ruhsal hastalık varlığının, okul ve ebeveyn çatışmasının, 15-24 yaş grubu için; ruhsal hastalık varlığının, ailesel nedenlerin, karşı cinsle sorunların, iletişim sorunlarının, okul-sınav kaygısının, gelişimsel dönem sorunlarının, yalnızlık ve ölüm/kaybın, 25-34 yaş grubu için; ailesel sorunların, aile içi şiddetin, ruhsal hastalık varlığının, hastalık durumunun ve iletişim sorunlarının, 35-49 yaş grubu için; ruhsal hastalık varlığının, ailesel sorunların, ekonomik sorunların, hastalık, ölüm/kayıp ve iletişim sorunlarının, 50-64 yaş grubu için; ailesel sorunlar, ruhsal hastalık ve iletişim sorunlarının daha ön planda olduğu görülmüştür (p=0,029). Medeni duruma göre özkıyım nedenlerine bakıldığında; evli olanlarda; ruhsal hastalık, evlilik, ailesel sorunlar, aile içi şiddet, iletişim sorunları, bekar olanlarda; ruhsal hastalık, ailesel sorunlar, karşı cinsle sorunlar, okul



**Tablo 2.** Yıllara göre kaba özkıyım girişim hızları

Yıllar	Özkıyım Girişim sayısı	Özkıyım Girişim Hızı (yüz binde)
2013	135	50,84
2014	105	39,47
2015	72	26,94
2016	89	33,01
2017	60	21,94
2018	89	32,87

sorunları, dul olanlarda; ölüm/kayıp, ailesel nedenler, nişanlı olanlarda; okul, karşı cinsle sorunlar, boşanmış olanlarda; ruhsal hastalık, ayrı yaşayanlarda; aile içi şiddet nedenlerinin fazla olduğu görülmüştür (p=0,017).

Her iki cinsiyet için psikiyatrik hastalık varlığının önemli bir özkıyım nedeni olduğu görülmektedir. İntihar vakalarının %23,6'sına özkıyım girişimi sonrasında psikiyatri konsültasyonu istenmiştir ve % 3,3'ü özkıyım girişimi sonrasında yatırılarak tedavi edilmiştir. Yineleyici özkıyım girişimi riskini tahmin etmek için yapılan ikili lojistik regresyon analiz sonuçları Tablo 4'de verilmiştir.

Modele konulan bağımsız değişkenlerden mental hastalık varlığının yineleyici özkıyım girişimi riskini yaklaşık 7,7 kat artırdığı görülmüştür. Yineleyici özkıyım girişimi riskini, erkek olmak 1,23 kat, 35 yaş üstü olmak 1,3 kat artırmasına rağmen, bunlar istatistiksel olarak anlamlı değildir. İntihar girişimi

**Tablo 3.** Özkıyım girişimi nedenlerinin dağılımı

	n	%
Ruhsal hastalık	103	18,7
Ailesel sorunlar	91	16,5
İletişim sorunları	38	6,9
Karşı cinsle sorunlar	36	6,5
Hastalık	35	6,4
Yalnızlık	26	4,7
Okul	21	3,8
Aile içi şiddet	18	3,3
Gelişimsel dönem sorunları	15	2,7
Sınav kaygısı	14	2,5
Ölüm/kayıp	12	2,2
Evlilik	10	1,8
Ebeveyn çatışması	7	1,3
Kronik hastalık	3	0,5
İş	2	0,4
Ekonomik	1	0,2
Taciz	1	0,2
Birden fazla neden	16	2,9
Bilinmiyor	99	18,0

olan ve özkıyım sonrası psikiyatri konsültasyonu istenmeyen kişilerde de yineleyici özkıyım riski 1,9 kat artmaktadır (Tablo 4).

## TARTIŞMA

Bütün dünyada ve ülkemizde özkıyım önemli bir sorundur. Özkıyımın altında yatan birçok psikososyal neden bulunmaktadır. 2017 yılında yapılan bir çalışmada 15-29 yaş aralığında meydana gelen bütün ölümlerin % 8'inin özkıyım kaynaklı olduğu ve özkıyımın ölüm sebeplerinde ikinci sırada olduğu görülmektedir. Yaş aralığı 20-25 olan bireylerde özkıyım öncülleri olarak %17 fiziksel hastalıklar, %17 duygusal, fiziksel ve cinsel istismar, %17 özkıyım ile ilişkili internet kullanımı, %13 zihinsel hastalıklar, %10 oranda madde kullanımı görülmektedir. Özkıyım eşlik eden faktörlere bakıldığında ise; %67 her an özkıyım düşüncesi olması, %60 herhangi bir akıl hastalığı tanısı olması, %60 yasadışı madde kullanımı, %57 kendine daha önce zarar vermiş olma, %57 oranda alkolün kötüye kullanımının olduğu görülmektedir (12). Bu çalışmadan da anlaşılacağı gibi intiharı artırıcı önemli bir risk faktörü ruhsal bozukluklardır. Yüksek gelirli ülkelerde ruhsal bozukluklar artmaktadır ve özkıyım nedeniyle meydana gelen ölümlerin %90'ına kadar yükselmektedir. Asya ülkelerinde ise özkıyım ile ölenlerde ruhsal bozukluk sıklığı daha az (%60) oranda görülmektedir (13,14). Depresyon, madde kullanımı ve anti-sosyal davranış bozuklukları toplumda yaygın görülür fakat bu kişilerin hepsi özkıyım girişiminde bulunmamaktadır. Bununla birlikte özkıyım girişiminde bulunan ya da özkıyım nedeni ile ölenlerde önemli bir psikiyatrik hastalık komorbiditesi vardır. Özkıyım riski hastalığa göre değişmektedir, en yüksek risk altında olanlar depresyon hastalığı ve alkol bağımlılığı olan kişilerdir. Yaşam boyu özkıyım riski; bipolar bozuklukta %8, alkol bağımlılığında %7, şizofrenide %5, duygudurum bozukluklarında %4'tür (15-18).

Danimarka'da madde kullanımı ve ruhsal bozukluk birlikteliğinin özkıyım riskine etkisini inceleyen bir çalışmada, alkol dışında madde kullanımının bipolar bozukluk dışındaki psikiyatrik hastalıklarda özkıyım riskini yaklaşık 2-3 kat, esrar kullanımının ise bipolar bozuklukta özkıyım riskini 1,86 kat

**Tablo 4.** Yineleyici özkıyım girişimi lojistik regresyon analiz sonuçları

Değişkenler	B	p	Odds ratio	%95 CI
Mental hastalık	2,046	<0,001	7,73	4,51-13,26
Konsültasyon	0,661	0,011	1,93	1,16-3,22
Cinsiyet	0,219	0,430	1,24	0,72-2,14
Yaş	0,337	0,351	1,40	0,69-2,84

(Referans kategorileri (0): kadın olmak, 35 yaş altı olmak, mental hastalık olmaması ve özkıyım girişimi sonrasında konsültasyon istenmesi)

artırdığı bulunmuştur (19). İngiltere’de çocuk ve gençlerde özkıyımların incelendiği bir araştırmada, özkıyım girişiminde bulunanların %39’unda ruhsal bozukluk varlığı tespit edilmiştir. Ruhsal bozukluklara bakıldığında bipolar bozukluğun ve depresyonun çoğunluğu oluşturduğu, daha az oranda da anksiyete, post-travmatik stres bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluğun olduğu görülmektedir (20). Bizim çalışmamızın önemli bir bulgusu da özkıyım girişiminde bulunan kişilerin %18,7’sinin herhangi bir ruhsal bozukluğunun olmasıdır ve en çok görülen psikiyatrik hastalık ise depresif bozukluktur (%10,9).

Deveci ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada özkıyım girişiminde bulunan kişilerin %45,6’sında majör depresif bozukluk, %7’sinde eşlik eden bir psikiyatrik tanı ile birlikte majör depresif bozukluk saptanmıştır. Vakaların %37’inde ise daha önceden özkıyım girişimi olduğu bulunmuştur (21). Nevşehir’de lise öğrencilerinde özkıyım girişimi ve düşüncesini araştıran bir çalışmada, psikiyatrik tanı açısından pozitif aile öyküsünün özkıyım girişimi riskini artırdığı bulunmuştur (22). Cirhinlioğlu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise özkıyım düşüncesi ile depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (23). Batman’da 5 yıllık özkıyım girişimlerinin değerlendirildiği çalışmada, kadın özkıyım davranışlarında psikolojik ve psikiyatrik bozuklukların ilk sırada, erkek özkıyım davranışında ise psikolojik ve psikiyatrik bozuklukların ikinci sırada risk faktörü olarak yer aldığı bulunmuştur (24). Elazığ’da üniversite hastanesi acil servisine 1997-2001 yılları arasında özkıyım girişimi sebebiyle başvuran 257 olgu daha sonra psikiyatri kliniğinde değerlendirildiğinde, bu kişilerin %48,9’unda anksiyete bozukluğu, %41,8’inde depresif bozukluk tespit edilmiştir (25). Manisa’da yetişkin bireylerde özkıyım düşüncesi ve girişiminin araştırıldığı çalışmada daha önceden psikiyatrik hastalığı olan kişilerde özkıyım düşüncesi ve girişimi riskinin 6,7 kat, ailede psiki-

yatrik hastalık varlığı durumunda ise bu riskin 2.7 kat arttığı bulunmuştur (26). Sertöz ve arkadaşları tarafından bir üniversite hastanesine 6 aylık periyotta başvuran özkıyım girişimi vakalarının incelendiği çalışmada yineleyen özkıyım girişiminin depresif bozukluğu olan kişilerde 12 kat arttığı görülmüştür (27). Yatarak tedavi gören hastalarda özkıyım girişiminin değerlendirildiği çalışmada, özkıyım girişimi sonrasında en çok konulan psikiyatrik tanının depresyon (%48,1) olduğu görülmüştür (28). İstanbul’da tamamlanmış özkıyım olguları üstünde yapılan çalışmada, vakaların en çok psikiyatrik hastalıklar (%28,2) nedeni ile intihar girişiminde buldukları belirlenmiştir (29). Can ve arkadaşları tarafından yineleyici özkıyım davranışının incelendiği çalışmada risk faktörlerinden birinin ruhsal hastalık varlığı olduğu söylenmiştir. Ruhsal bozukluklardan ise depresif bozukluğun en önemli risk faktörü olduğu belirtilmiştir (30). Özkıyım girişiminde bulunan 12-18 yaş aralığındaki ergenlerde psikiyatrik tanılarının araştırıldığı çalışmada, çalışmaya alınan ergenlerin %32’sinde psikopatoloji saptanmıştır. Özkıyım girişiminde bulunan ergenlerde en sık saptanan bozukluklar sırasıyla; depresif bozukluk, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve davranım bozukluğu olarak bulunmuştur (31). Mental hastalıkların özkıyım etkisinin incelendiği başka bir çalışmadaki bulgulara göre meydana gelen özkıyımların %27’si mental hastalık nedeni ile gerçekleşmiştir (32). Bir metaanaliz çalışmasında da mental hastalık olması halinde özkıyım sonucu ölüm hızlarının arttığı bulunmuştur (33). Suominen ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da özkıyım girişiminde bulunanların %82’sinde komorbidite olarak mental hastalık bulunduğu gösterilmiştir (34). Amerika’da yapılan çalışmada da mental hastalığı olanlarda –hastalığın türüne göre- özkıyım girişimi riskinin 2,7-6,7 kat arasında arttığı gösterilmiştir (35). Başka bir metaanaliz çalışmasında mental hastalıkların özkıyım riskini artırdığı ve terapotik müdahalelerin bu riski azaltacağı söylenmektedir (36).

Beghi ve arkadaşları tarafından yineleyici intihar girişimlerinin risk faktörlerinin araştırıldığı çalışmada; sonraki intihar girişimi için en güçlü yordayıcının önceki intihar girişimi olduğu, diğer risk faktörleri arasında ise duygudurum

bozuklukları (özellikle depresyon), kişilik bozuklukları ve işsizliğin olduğu vurgulanmıştır (37). Bizim çalışmamızda da özkıyım girişiminde bulunanların %16'sında en az bir ruhsal bozukluk olduğu, en çok görülen bozukluğun ise depresif bozukluk olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca ruhsal bozukluğu olan kişilerde yineleyici özkıyım girişim riski ise yaklaşık 7 kat artmış olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ayrıca özkıyım girişimi olan kişilere psikiyatri konsültasyonu istenmesinin yineleyici özkıyım riskini yaklaşık yarıya düşürdüğü görülmüştür. İlimizde özkıyım girişimi sonrası psikiyatri konsültasyonu oranının düşük olmasının, girişimde bulunan kişilerin ve ailelerinin stigmatize olma korkusundan kaynaklandığını düşünüyoruz. Literatürde yapılan çalışmalarda bizim bulgularımızı desteklemektedir, ruhsal hastalığı olanların özkıyım girişimi ve yineleyici özkıyım girişimi ve özkıyım ölüm hızları diğer gruplara göre daha fazladır. Ruhsal bozukluğu olan kişilerin tedavisinin iyi ve takiplerinin düzenli yapılmamasının riski artırdığını düşünüyoruz. Tedavi edilmemiş ya da tedavi takipleri iyi yapılmamış psikiyatrik hastalıklar, özellikle genç özkıyım ölümlerini artıran bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Uygun tedavi ve takiplerle, sosyal entegrasyon projeleri ile mental hastalığı olanlarda özkıyım girişimi ve ölümlerinin azalacağını öngörüyoruz. İlimizde özkıyım girişim hızlarının azalma eğiliminde olduğu görülmektedir. İlde madde ve alkolün kötüye kullanımı ile ilgili mücadelelerin, özkıyımı önleme komisyonlarının çalışmalarının ve ruh sağlığı biriminin gerçekleştirdiği halk ve öğrenci eğitimlerinin bu azalmaya katkısı olduğunu düşünüyoruz.

Özkıyım girişimlerine sosyodemografik açıdan baktığımızda ise; bizim çalışma grubumuzda kadınların ve gençlerin daha çok özkıyım davranışına girdiği görülmektedir. Eskin tarafından yapılan, gençlerde özkıyım düşüncesi ve girişimini değerlendiren çalışmada, lise öğrencilerinin %36'sının, üniversite öğrencilerinin %29'unun özkıyımı düşündüğü, lise öğrencilerinin %9,4'ünün üniversite öğrencilerinin ise %7,2'sinin özkıyım girişiminde bulunduğu tespit edilmiştir (38). Adolesanlarda son bir yıl içinde özkıyım düşüncesinin yaygınlığının değerlendirildiği bir çalışmada, adolesanların %17,9'u son bir yıl içinde özkıyımı düşündüğünü ifade etmiştir. Kız

çocuklarında bu fikrin 1,95 kat daha fazla olduğu görülmüştür (39). Gençler arasında yalnızlık ve özkıyım davranışı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada yalnızlık çeken gençlerin daha fazla özkıyım davranışında bulunduğu görülmüştür (40). Ülkemizde yapılan ve özkıyım girişimlerini değerlendiren başka bir çalışmada özkıyım girişiminde bulunanların %72'sinin kadın olduğu ve riskin 15-24 yaş aralığında daha fazla olduğu görülmüştür. Acil servise başvuran özkıyım girişimlerini sosyodemografik açıdan değerlendiren bir çalışmada kadınların daha çok özkıyım girişiminde bulunduğu görülmüştür (41). Ülkemizde yapılan bir çalışma literatüre uyumlu olarak acile başvuran intihar vakalarının %59'unun 16 – 24 yaş grubunda olduğunu bildirmektedir (10). Ülkemizde yapılan bir başka çalışma da; acile başvuran intihar vakalarının yaşlarının 15-34 aralığında (% 81,3) yoğunlaştığı görülmüştür (42). Gür'ün acil servise başvuran intihar vakalarını değerlendirdiği çalışması; intihar ve intihar girişimi olan hastalarda; kadınların çoğunlukta olduğu ve hastaların çoğunun 30 yaşın altında olduğunu göstermektedir (43). Yalvac'ın yapmış olduğu çalışmada acile başvuran olgularda kadınların erkeklere oranı 1,7 olarak bulunmuştur (44). Dilbaz ve arkadaşlarının yaptığı ve intihar girişimlerinin değerlendirildiği çalışmada ise bu oran 2,17 olarak bulunmuştur (45). Acar'ın acil servise başvuran intihar vakalarını incelediği çalışmada; intihar edenlerin % 50 oranında bekar olduğu ancak evlilerin de ciddi bir oranda (%31) intihar sebebiyle acil servise başvurdukları ifade edilmektedir (46). Tel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; bekarların (%74) diğer gruplara oranla daha fazla intiharı seçtikleri gösterilmiştir (9). Küba'da yapılan ve 1987-2014 yılları arasında meydana gelen 51113 özkıyım ölümünü inceleyen bir çalışmada vakaların %68'inin erkek olduğu, erkek/kadın oranının giderek arttığı, yaşa standarde ölüm hızlarının genel olarak düştüğü fakat 60 yaş üstü özkıyım ölüm hızlarının en yüksek degerde olduğu görülmüştür (47). Genel olarak kadın ve genç özkıyım girişimlerinin daha fazla olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda da kadınların özkıyım girişimi ile 3,2 kat daha fazla acil servislere başvurduğu bulunmuştur. Ayrıca bekarların başvuru oranının evlilerden 3 kat fazla olduğu görülmektedir. Gençlerin gelişimsel dönem sorunlarının, sınav kaygılarının, stresle baş etmede

yetersiz kalmalarının, kadınların ise sosyal statü sorunlarının, geleneksel aile yapısında kadına daha çok yük biniyor olmasının özkıyım girişimini artırdığı kanaatindeyiz.

Çalışmamızın kayıtlar üzerinde yapılmış olmasını ve tek merkezli yapılmış olmasını çalışmamızın sınırlılıkları olarak düşünüyoruz.

## SONUÇ

2013-2018 yılları arasında meydana gelen 550 intihar girişimi incelenerek risk grupları belirlenmiştir. Kaba intihar hızlarında yıllara göre bir azalma eğilimi olduğu görülmüştür. İntihar girişiminde bulunanlarda yüksek riskli gruplar; kadınlar, gençler ve ruhsal bozukluğu olanlar olarak tespit edilmiştir. İntihar nedenlerine bakıldığında ruhsal hastalık varlığının, ailesel sorunların, okul ve gelişimsel dönem sorunlarının ön planda olduğu görülmektedir. Ruhsal bozukluklarda ise depresif

bozukluğun en sık neden olduğu bulunmuştur. İntihar şekline bakıldığında kişilerin %90'ından fazlası ilaç-toksik madde ile intihar etmekte ve intihar eden her 5 kişiden biri tekrar intihar etmektedir. Yineleyici intihar girişimi için en yüksek riskli grup ruhsal bozukluğu olanlar olarak belirlenmiştir. Sorunun çözümü için; kadınların sosyal statüsünü iyileştirici eylem planlarının yapılması, öğrencilere sınav ve okul sorunları ile baş etmek için verilen psikolojik rehberlik faaliyetlerinin artırılması ve ruhsal bozukluğu olanların tedavi ve takiplerinin daha iyi yapılması için politikalar izlenmesi önerilmektedir.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr., Yasir Şafak, SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara, Türkiye dr.yasirsafak@yahoo.com

## KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Figures and facts about suicide. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66097> Erişim tarihi: Mart 22, 2019
2. Stack S, Suicide: a 15-year review of the sociological literature part II: modernization and social integration perspectives. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2000;30:163-76.
3. Heikkinen M, Aro H, Lönnqvist J. Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1994;89:65-72.
4. Kposowa AJ, Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. *Psychological medicine*. 2001;31:127-38.
5. Heikkinen ME, Isometsä ET, Marttunen MJ, Aro HM, Lönnqvist JK. Social factors in suicide. *The British Journal of Psychiatry*. 1995;167:747-53.
6. World Health Organization. Preventing suicide a global imperative. [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/) Erişim Tarihi: Mart 22, 2019
7. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *The lancet*. 2002 Oct 5;360:1083-8.
8. Türkiye İstatistik Kurumu. İntihar istatistikleri 2017, [http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1060](http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1060) Erişim tarihi: Mart 21,2019
9. Tel H, Uzun S. Özkıyım girişimi ile acil servise başvuran hastaların sosyal destek ve stresle baş etme durumları\*/Social support and coping with stress in patients who were accepted to the emergency room with the suicide. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003;14:151.
10. Asoğlu M. Şanlıurfa'da özkıyım girişimlerinin ilişkili olduğu risk faktörleri. HÜ Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Şanlıurfa,(Danışman: Doç. Dr. A Altındağ). 2007.
11. Dolaşır S. Yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servis Kriz Odasına Başvuran İntihar Girişimi Vakalarının Bir Yıl Sonraki Ruhsal Durumları Ve İntihar Davranışını Yineleme Riskleri. Ankara, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 2005.
12. Manchester University & HQIP Suicide by children and young people. National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness. [http://research.bmh.manchester.ac.uk/cmhs/research/centrefor-suicideprevention/nci/reports/cyp\\_2017\\_report.pdf](http://research.bmh.manchester.ac.uk/cmhs/research/centrefor-suicideprevention/nci/reports/cyp_2017_report.pdf) erişim tarihi: Mart 22, 2019
13. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*. 2003;33: 395–405.
14. Radhakrishnan R, Andrade C. Suicide: an Indian perspective. *Indian J Psychiatry*. 2012; 54: 304-19.
15. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a re-examination. *Am J Psychiatry*. 2000;157:1925-32.
16. Schneider B. Substance use disorders and risk for completed suicide. *Arch Suicide Res*. 2009;13:303-16.
17. Hawton KL, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry* 2005;66:693-704.
18. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68:1058-64.
19. Østergaard ML, Nordentoft M, Hjorthøj C. Associations

- between substance use disorders and suicide or suicide attempts in people with mental illness: a Danish nation-wide, prospective, register-based study of patients diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, unipolar depression or personality disorder. *Addiction*. 2017;112:1250-9.
20. Rodway C, Tham SG, Ibrahim S, Turnbull P, Windfuhr K, Shaw J, Kapur N, Appleby L. Suicide in children and young people in England: a consecutive case series. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3:751-9.
21. Deveci A, Aydemir Ö, MIZRAK S. İntihar girişiminde bulunanlarda sosyodemografik özellikler, stres etmenleri ve ruhsal bozukluklar. *Kriz Dergisi* 2005;13:1-9.
22. Şimşek ÖG, Karataş N. Nevşehir il merkezindeki lise öğrencilerinde intihar girişimi yaygınlığı ve ilişkili ailesel faktörlerin belirlenmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 2011;25:63-71.
23. Cirhinlioglu FG, Üzeyir OK. İnanç Ya Da Dünya Görüşü Biçimleri İle İntihara Yönelik Tutum, Depresyon Ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkiler. *Cumhuriyet Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2010;34:1-8.
24. Deniz I, Ersöz AG, İldeş N, Türkarlan N. 1995-2000 Yılları Resmi Kayıtlarından Batman'da Gerçekleşen İntihar ve İntihar Girişimleri Üzerine Bir İnceleme. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 1995;4(4).
25. Küçük H, Aksu A. Elazığ'da görülen intihar olgularının adli tıp açısından incelenmesi. *Düşünen Adam*. 2002;15:16-20.
26. Deveci A, Taşkın EO, Dündar PE, Demet MM, Kaya E, Özmen E, Dinç G. Manisa ili kent merkezinde intihar düşüncesi ve girişimi yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Derg* 2005;16:170-8.
27. Sertöz ÖÖ, Noyan MA, Sertöz N, Elbi H. İntihar girişimleri öngörülebilir mi? Bir üniversite hastanesi acil servisine intihar girişimiyle başvuran hastaların altı aylık izlem sonuçları/Can suicide attempts be predicted? The results of the six-month prospective follow-up of patients who had attempted suicide and admitted to emergency service of a university hospital. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2010;11:1.
28. Sağınç H, Kugu N, Akyüz G, Dogan O. Yatarak tedavi gören hastalarda intihar öyküsünün araştırılması/The research about suicide history among the inpatients. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2000;1:83.
29. Taktak S, Üzün I, Balcioglu I. İstanbul'da tamamlanmış intihar olgularının psikolojik otopsi/Determined of psychological autopsy of completed suicides in Istanbul. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2012;13:117.
30. Can SS, Sayıl I. Yineleyici intihar girişimleri. *Kriz Dergisi*. 2004;12:53-62.
31. Elif Ak, Berkem M. İntihar girişiminde bulunan ergenlerde psikiyatrik tanıların, demografik ve klinik özelliklerin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*. 2012;17:228-32.
32. Babanejad M, Delpisheh A, Asadollahi K, Khorshidi A, Sayehmiri K. Attribution of mental disorders in suicide occurrence. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 2014;69:311-21.
33. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 1997;170: 205-28.
34. Suominen KM, Henriksson M, Suokas J, Isometsä E, Ostamo A, Lönnqvist J. Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1996 Oct; 94: 234-40.
35. Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*. 2010;15:868.
36. Hoertel N, Franco S, Wall MM, Oquendo MA, Kerridge BT, Limosin F, Blanco C. Mental disorders and risk of suicide attempt: a national prospective study. *Molecular psychiatry*. 2015;20:718.
37. Beghi M, Rosenbaum JF. Ölümcül ve ölümcül olmayan yineleyici intihar girişimlerinin risk faktörleri: eleştirel bir gözden geçirme. *Current Opinion in Psychiatry* 2010;6:158.
38. Eskin M. Gençler arasında intihar düşüncesi, girişimi ve tutumları. *Türk Psikoloji Dergisi* 2017;32:93-115.
39. Canbaz S, Terzi Ö. The prevalence of suicidal ideation in adolescents and associated risk factors: an example from Turkey. *Advances in therapy* 2018;35:839-46.
40. Eskin M. Ergenlikte yalnızlık, baş etme yöntemleri ve yalnızlığın intihar davranışı ile ilişkisi. *Klinik Psikiyatri*. 2001;4: 5-11.
41. Harmancı P. Dünya'daki ve Türkiye'deki İntihar Vakalarının Sosyodemografik Özellikler Açısından İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2015.
42. Dolaşır S. Yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servis Kriz Odasına Başvuran İntihar Girişimi Vakalarının Bir Yıl Sonraki Ruhsal Durumları Ve İntihar Davranışını Yineleme Riskleri. *Ankara, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. 2005.
43. Gür Akgör S. TnAcil Servise İntihar Girişimi Nedeni İle Yapılan Başvuruların Demografik Ve Klinik Özellikleri ,Erzurum. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi* 2012
44. Yalvaç D. İntihar Girişiminde Bulunan Bireylerde Psikiyatrik Morbidite, Kişilik Bozukluğu ve Bazı Sosyodemografik ve Klinik Etmenlerle İlişkisi. *Uzmanlık Tezi*. Malatya., İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi. 2006.
45. Dilbaz N, Şengül C, Okay T. Genel Bir Hastanede İntihar Girişimlerinin Değerlendirilmesi. *Kriz dergisi*. 2005;13:1-0.
46. Acar A. Acil servise gelen intihar vakalarının sosyodemografik açıdan incelenmesi.
47. Corona-Miranda B, Alfonso-Sagué K, Hernández-Sánchez M, Lomba-Acevedo P. Epidemiology of Suicide in Cuba, 1987–2014. *MEDICC review*. 2016;18:15-20.

# Could neutrophil-to-lymphocyte ratio be an important parameter in children and adolescents with obsessive compulsive disorder?

*Çocuk ve ergen obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda nötrofil lenfosit oranı önemli bir parametre olabilir mi?*

Aylin Deniz Uzun<sup>1</sup>, Şermin Yalın Sapmaz<sup>2</sup>, Burak Çakır<sup>1</sup>, Hasan Kandemir<sup>3</sup>

<sup>1</sup>M.D., <sup>2</sup>Assis. Prof., <sup>3</sup>Assoc. Prof., Department of Child and Adolescent Psychiatry, Faculty of Medicine, Manisa Celal Bayar University, Manisa, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-0635-4593><https://orcid.org/0000-0002-1084-5053><https://orcid.org/0000-0002-9701-4171><https://orcid.org/0000-0002-1138-4973>

## SUMMARY

**Objective:** The number of studies that suggest the possible role of immune abnormalities in the pathogenesis of obsessive-compulsive disorder(OCD) are increasing. Our aim here is to determine the relationship between neutrophil lymphocyte ratio(NLR) and children and adolescents with OCD.NLR and platelet lymphocyte ratio(PLR) are new, inexpensive, easily reproducible indicators used for the determination of low grade inflammation. **Method:** In this study, retrospective records of 32 children and adolescents with OCD were screened, and the NLR, PLR, monocyte lymphocyte ratio (MLR) data obtained from the pre-treatment complete blood count were compared with the same data of the healthy control group with similar characteristics. **Results:** The NLR was found lower in children and adolescents with OCD compared to the control group; yet PLR and MLR were not significantly different. **Discussion:** Inflammation might play a role in the etiopathogenesis of OCD. The NLR may be potential inflammation markers for OCD in children.

**Key Words:** Obsessive-Compulsive Disorder, Child psychiatry, Inflammation, Neutrophil to lymphocyte ratio

## ÖZET

**Amaç:** Obsesif kompulsif bozukluğun(OKB) patogeneğinde immün anormalliklerin olası rolünü öne süren çalışmaların sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Buradaki amacımız çocuk ve ergenlerde nötrofil lenfosit oranı (NLO) ile OKB arasındaki ilişkiyi belirlemektir. NLO ve trombosit lenfosit oranı (TLO) düşük dereceli inflamasyonun belirlenmesinde kullanılan yeni, ucuz, kolay tekrarlanabilir göstergelerdir. **Yöntem:** Bu çalışmada OKB tanılı 32 çocuk ve ergenin retrospektif kayıtları tarandı ve tedavi öncesi tam kan sayımından elde edilen NLO, PLO, MLO verileri; benzer özellikli sağlıklı kontrol grubunun aynı verileriyle karşılaştırıldı. **Bulgular:** NLO; OKB tanısı olan çocuk ve ergenlerde kontrol grubuna göre düşük bulundu; Ancak TLO ve MLO anlamlı olarak farklı değildi. **Sonuç:** Enflamasyon OKB'nin etiopatogeneğinde rol oynayabilir. NLO, çocuklarda OKB için potansiyel inflamasyon belirtici olabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Çocuk psikiyatri, İnflamasyon, Nötrofil Lenfosit oranı

(*Turkish J Clinical Psychiatry* 2020;23:101-105)

DOI: 10.5505/kpd.2020.02359

## INTRODUCTION

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is characterized by obsessions defined as repetitive thoughts, impulses, or fantasies, which are involuntary, inconvenient and unsettling; and compulsions defined by repetitive behaviors or mental actions, in which a person can not prevent himself as a reaction to obsession. There are studies showing that the lifetime prevalence of obsessive-compulsive disorder in adolescents is between 2% and 3%(1). Although the etiological processes of the pathophysiology of obsessive-compulsive disorder are not fully understood; neuroanatomic, neurochemical, genetic, environmental-personal, cognitive, behavioral and psychosocial factors have been suggested. The number of evidence for the role of inflammation in the etiology of early-onset obsessive-compulsive disorder has increased in recent years (2). There is evidence that inflammatory processes may play a direct role in the pathophysiology of some OCD subtypes, such as pediatric autoimmune neuropsychiatric diseases associated with streptococcal infection (PANDAS). In a study of miRNA, which was thought to be effective in the regulation of cytokines, chemokines and transcription factors involved in the inflammatory etiology of OCD, miRNA levels were significantly higher among OCD group compared to the control group(3). There are also studies showing that free radical, oxidant and antioxidant defense system disorders have pathogenic effects on neural tissues in humans and therefore may play a role in the development of obsessive compulsive disorder(4). Neutrophils are the first defensive cells of the natural immune system and contribute to phagocytosis and apoptosis by promoting inflammatory mediators. Lymphocytes represent the regulatory and protective part of acquired immunity. Neutrophil to lymphocyte ratio (NLR) and platelet lymphocyte ratio (PLR) are inexpensive and reproducible tests that can be easily calculated from hemogram analysis, which can be determined under simple laboratory conditions. The NLR has been proposed as a new marker of chronic low-grade inflammation and as a predictor of clinical course in neuroimmune disorders(5). Leukocytes were studied for NLR and PLR, inflammatory diseases, malignancies, hypertension (HT), diabetes mellitus (DM) and some psychiatric disorders(6). There is a grow-

ing interest in the analysis of different neurobiological markers in psychiatric disorders. A recent meta-analysis in the field of adult psychiatry supports the hypothesis that NLR and PLR may be useful to detect inflammatory activation in mood disorders(7). NLR is inexpensive, easy to apply and it is a data which is calculated with the data obtained from routine hemogram test. In this study was hypothesised that NLR was significantly different in children and adolescents with OCD compared to healthy controls; and therefore NLR values of the patient and control groups were examined. As far as we know, NLR in childhood OCD has not been previously evaluated; so this is the first study evaluating whether there is a relationship between OCD and NLR.

## METHOD

The study was conducted by screening the files of patients who were admitted to Manisa Celal Bayar University Medical Faculty Hospital Children and Adolescent Psychiatry outpatient clinic between September 2015 and September 2018. By excluding patients with non-OCD psychiatric disorders and any health problems and those with leukocyte counts higher than 10,000 and less than 4000, a total of 35 patients aged 9-18 years (mean: 14,08) were included in the study. We excluded leukocyte counts higher than 10,000 and less than 4000, because we want to avoid affected NLR with leukocytosis or leukopenia. A total of 32 healthy children aged 11-17 (mean: 14.4), who applied to the health control committee of the same hospital for various reasons and reported as completely healthy were included in the study. Age, sociodemographic data, previous drug use, coexistent physical or mental illness, or family history of psychiatric disease were evaluated. Leukocyte, platelet, lymphocyte, monocyte, neutrophil data of healthy controls and routine pre-treatment group were reviewed. NLR was determined by comparing the absolut neutrophil and absolut lymphocyte counts; while monocyte-lymphocyte ratio(MLR) was obtained by comparing the ratio of absolut monocytes and absolut lymphocytes.

SPSS for Windows version 15.0 (2006; SPSS Inc., Chicago, IL, USA) was used for statistical analysis. Frequency analysis and cross tables were established for descriptive data and variables. Mean and standard deviations were measured for numerical variables. Chi-square test was used to compare the independent variables. Kolmogorov-Smirnov test was used to test the normality of intergroup data; whereas Student's t-test was used to compare the normal variables. Man-Whitney U test was used for numerical variables which did not show normal distribution. A value of  $P < 0.05$  was considered statistically significant.

## RESULTS

The study included 35 OCD patients with a mean age of  $14,08 \pm 2,53$  (9-18), and a control group of 32 healthy individuals with a mean age of  $14,40 \pm 1,82$  (11-17). There was no significant difference between two groups in terms of age and gender ( $p = 0.558$ ;  $p = 0.994$ ). (Table 1). Firstly, Kolmogorov-Smirnov test was used in order to check whether the distribution of data was normal. Distribution was normal. Platelet, neutrophil and lymphocyte counts of the two groups were not significantly different ( $p > 0.05$ ). Significant difference was present only for the number of monocytes ( $p = 0.016$ ) (Table 2). When analyzed with the data obtained from the pre-treatment routine blood samples, a significant decrease in NLR was observed in OCD patients compared to the control group. The mean value of NLR was  $1.38 \pm 0.49$  and  $1.80 \pm 0.71$  in OCD patients and healthy control group, respectively. This difference was significant. ( $t = -2.831$ ;  $p = 0.006$ ). The value of PLR was low in OCD

patients compared to the control group; but it was not significant. The mean values of MLR were similar in both groups and there was no significant difference ( $P > 0.05$ ) (Table 3).

## DISCUSSION

In order to understanding the inflammatory etiology of OCD, we aimed to evaluate the use of NLR as a simple and inexpensive biomarker in OCD. We evaluated NLR, MLR and PLR, which are considered as new clinical markers of inflammation in various medical conditions including neuropsychiatric disorders. NLR was significantly lower in OCD patients compared to healthy control group. Due to the fact that neutrophils are leukocytes that play a major role in acute inflammation and that lymphocytes are the main contributors to chronic inflammation, the lowness of this ratio suggests that chronic inflammatory process may have a role in the etiology of obsessive-compulsive disorder. In a study conducted by Rao et al. in 2015, some plasma cytokine levels (IL-2, IL-4 and TNF-alpha) were significantly higher in patients with comorbid OCD without comorbidities compared to healthy controls(9). These cytokines are known to stimulate proliferation of lymphocytes. Increased lymphocyte ratio may decrease NLR, which supports our results. Colak et. al. found significantly higher TNF-alpha levels in pediatric OCD patients compared to healthy controls(8). The fact that Th1 lymphocyte-mediated TNF-alpha was detected at high levels suggests that activation of T lymphocytes may result in a significant reduction in NLR. In contrast to these findings, there are also studies showing a significant decrease in TNF-alpha ( $p$

**Table-1 DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF THE SUBJECTS**

	OCD Patients n=35	Control Group n=32	P value
<b>Gender: male / female (n)</b>	12 / 23	11 / 21	0,994*
<b>Age(years): mean / <math>\pm</math> SD</b>	14,08 / 2,53	14,40 / 1,82	0,558**
<b>Age Range min / max</b>	9 / 18	11 / 17	

OCD: Obsessif-Compulsif Disorder SD: Standart Deviation \* Chi-Square Tests, \*\* Student T Tests



**Table-2** COMPARISON OF BLOOD COUNT PARAMETERS

	Control Group	OCD Patients	t value <sup>(b)</sup>	p value <sup>(a)</sup>
	Mean	Mean		
Leukocyte 10 <sup>9</sup> /µL	7337,19	7313,43	-,0608	0,9517
Lymphocyte 10 <sup>9</sup> /µL	2465,94	2787,14	1,9429	0,0564
Neutrophil 10 <sup>9</sup> /µL	4176,88	3646,86	-1,8411	0,0702
Monocyte 10 <sup>9</sup> /µL	444,38	537,43	2,4709	0,0161
Platelet 10 <sup>9</sup> /µL	280593,75	287800,00	0,3918	0,6965

OCD: Obsessif-Compulsive Disorder

a Student T tests p<0,05 was considered statistically significant.

b Student T tests p<0,05 was considered statistically significant.

<0.0001) in OCD patients compared to healthy controls(10). Although a 2018 meta-analysis in which 6 cytokines (TNF-α, IL-1β, IL-6, IL-4, IL-10 and IFN-1) were evaluated among patients with OCD found that the results of the studies were contradictory and that there was no consistent evidence for the involvement of immune mediators in the pathophysiology of OCD; this suggests the lability of cytokines(11). It has also been suggested that neutrophil and lymphocyte levels, which are more stable in chronic inflammation than blood cytokine levels, NLR may be a reliable proinflammatory marker. It has been found that proinflammatory susceptibility may be present in early-onset OCD patients due to the excessive reactivity of monocytes which are natural immune response cells (12). In our study, monocyte counts were significantly higher in OCD group compared to healthy controls. (p=0.016)

One research including the comparison of OCD group and healthy controls revealed higher numbers of neutrophil-lymphocyte ratio and platelet-lymphocyte ratio values in the study group, was published on February 2019 (13). These findings different from ours. In a study neutrophil count was found to be reduced in adult pure OCD patients (14). These data support our findings.

To our knowledge, our study is one of the few study among to compare the NLR, PLR and MLR levels as a predictive marker between children diagnosed with OCD and a healthy control group. Our findings should be evaluated according to the limitations of this study. Data can be enriched with structured interviews. Our study may not be generalized due to these limitations: NLR symptom correlation was not examined, the lymphocyte subtype was not evaluated, no correlation with the markers of

**Table-3** COMPARISON OF BLOOD COUNT PARAMETERS

	Control Group n=32	OCD Patients n=35	t value	p value*
PLR(mean) <sup>(a)</sup>	120,6029	107,3501	-1,6913	0,0956
MLR(mean) <sup>(b)</sup>	0,1920	0,2029	0,5748	0,5674
NLR(mean) <sup>(c)</sup>	1,8006	1,3811	-2,8315	0,0062

OCD: Obsessif Compulsive Disorder

\*Student T tests. p<0,05 was considered statistically significant.

a PLR: Platelet-Lenfosit Ratio

b MLR: Monosit-Lenfosit Ratio

c NLR: Nötrofil-Lenfosit Ratio

inflammation (such as crp and sediment) and limited time interval. Additional research is warranted. On the other hand, the significant result in the NLR, which is easily reproducible from the complete blood count parameters and accepted as new clinical markers of systemic inflammation, has increased our motivation for future studies. Our findings showed that NLR levels were lower in children with isolated OCD compared to healthy control group. This finding suggests that low NLR

levels may play a role in the chronic inflammatory pathophysiology of childhood OCD and may be a predictable test.

Correspondence address: M.D. Aylin Deniz Uzun, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Faculty of Medicine, Manisa Celal Bayar University, Manisa, Turkey  
aylin.uzun@cbu.edu.tr

## REFERENCES

1. Mitchell RH, Goldstein BI. Inflammation in Children and Adolescents With Neuropsychiatric Disorders: A Systematic Review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;53:274-96
2. Kandemir H, Erdal ME, Selek S, İzci Ay Ö, Karababa İF4, Ay ME2, Kandemir SB5, Yılmaz ŞG, Ekinci S, Taşdelen B, Bayazit H. Microribonucleic acid dysregulations in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015;11:1695-701
3. Kandemir H, Abuhandan M, Aksoy N, Savik E, Kaya C. Oxidative imbalance in child and adolescent patients with obsessive compulsive disorder. *J Psychiatr Res* 2013;47:1831-4
4. Imtiaz F1, Shafique K, Mirza SS, Ayoob Z, Vart P, Rao S. Neutrophil lymphocyte ratio as a measure of systemic inflammation in prevalent chronic diseases in Asian population. *Int Arch Med* 2012;5:2.
5. Balta S, Demirkol S, Unlu M, Arslan Z, Celik T. Neutrophil to lymphocyte ratio may be predict of mortality in all conditions. *Br J Cancer* 2013;109:3125-26.
6. Mazza MG, Lucchi S, Tringali AGM, Rossetti A, Botti ER, Clerici M. Neutrophil/lymphocyte ratio and platelet/lymphocyte ratio in mood disorders: A meta-analysis, *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2018;84:229-236.
7. Colak Sivri R, Bilgic A, Kilinc I (2018) Cytokine, chemokine and BDNF levels in medication-free pediatric patients with obsessive compulsive disorder. *Eur Child Adoles Psychiatry* 27:977-984.
8. Rao, N. P., Venkatasubramanian, G., Ravi, V., Kalmady, S., Cherian, A., & YC, J. R. Plasma cytokine abnormalities in drug-naïve, comorbidity-free obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research* 2015;229:949-952.
9. Denys D1, Fluitman S, Kavelaars A, Heijnen C, Westenberg H. Decreased TNF-alpha and NK activity in obsessive-compulsive disorder. *Psychoneuroendocrinology* 2004;29:945-52.
10. Cosco TD, Pillinger T, Emam H, Solmi M, Budhdeo S, Matthew Prina A, Maes M, Stein DJ, Stubbs B, Carvalho AF. Immune Aberrations in Obsessive-Compulsive Disorder: a Systematic Review and Meta-analysis. *Mol Neurobiol*. 2019;56:4751-4759.
11. Rodríguez N, Morer A, González-Navarro EA, Serra-Pages C, Boloc D, Torres T, García-Cerro S, Mas S, Gassó P, Lázaro L. Inflammatory dysregulation of monocytes in pediatric patients with obsessive-compulsive disorder. *J Neuroinflammation*. 2017;14:261.
12. Atmaca M, Kilic F, Koseoglu F, Ustundag B. Neutrophils are decreased in obsessive-compulsive disorder: Preliminary investigation. *Psychiatry Investig*. 2011;8:362-5

# Psikojenik kusma tedavisinde göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR)'nin hızlı etkinliği: olgu sunumu

*Rapid effect of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in treatment of psychogenic vomiting: Case report*

İbrahim Gündoğmuş<sup>1</sup>, Mikail Burak Aydın<sup>1</sup>, Dilek Sarı<sup>2</sup>, Alişan Burak Yaşar<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-1921-1495>-<https://orcid.org/0000-0002-5763-6144>

<sup>2</sup>Dr., Sultan Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği İstanbul, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-3328-253X>

<sup>3</sup>Uzm. Dr., Marmara Üniversitesi, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği İstanbul, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-6778-3009>

## ÖZET

Psikojenik kusma, altta yatan bir organik neden olmadan genellikle şiddetli ve tekrarlayan kusma ile ortaya çıkan nadir bir tıbbi durumdur. Bu durumun tedavisinde çeşitli farmakolojik ve terapötik yöntemler denenmiş olmasına rağmen, açık bir tedavi yöntemi yoktur. Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR), psikojenik kusma oluşumunda altta yatan olumsuz bir deneyim varsa, iyi bir tedavi alternatifi olarak kabul edilebilir. Bildiğimiz kadarıyla, yazında psikojenik kusmada EMDR'nin etkinliğini gösteren bir bildiri bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı, psikojenik kusma ile ilişkili olabilecek olumsuz deneyim olması durumunda EMDR'nin klinik yararlılığını araştırmaktır. Sonuç olarak; olgumuzda görüldüğü gibi, travmatik kaynaklı psikojenik kusma olgularında EMDR bir tedavi alternatifi olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Psikojenik kusma, EMDR, psikoterapi.

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2019;23:106-110)

DOI: 10.5505/kpd.2020.00821

## SUMMARY

Psychogenic vomiting is an uncommon medical condition that usually occurs with severe and recurrent vomiting without an underlying organic cause. Although various pharmacological and therapeutic methods have been tried in the treatment of this condition, there is no clear treatment method. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) can be considered a good treatment alternative if there is a traumatic event in the underlying formation of psychogenic vomiting. To the best of our knowledge, there are no cases of efficacy of EMDR in psychogenic vomiting in the literature. The aim of the present case was to investigate the clinical usefulness of EMDR due to the presence of traumatic memories which may be associated with the symptom of psychogenic vomiting. As a result; as seen in our case, it should be considered that EMDR may be a treatment alternative in cases with psychogenic vomiting of traumatic origin.

**Key Words:** Psychogenic vomiting, EMDR, psychotherapy.

## GİRİŞ

Kusma, mide içeriğinin tamamının veya bir kısmının dışarı atılması ile karakterize, hasta için rahatsız edici tıbbi bir durumdur. Kapsamlı bir araştırmayla organik nedenleri dışlamak zorunlu olsa da, dışlama sürecinde ve organizite tespit edilemediğinde kusmanın psikolojik bir durumun ifadesi olabileceğini de akılda tutmak gerekir. Psikojenik kusma ise altta yatan organik bir sebep olmaksızın ortaya çıkan, genellikle şiddetli şikâyetlere sebep olan, tekrarlayıcı kusma ile kendini gösteren ve etiyolojisi bilinmeyen bir belirtidir (1). Bu durum, kilo kaybı ve hipokalemi gibi çeşitli önemli sonuçlara yol açabilir. Yazında ilk kez psikojenik kusmayı tanımlayan Leibovich, kronik, tekrarlayıcı ve döngüsel kusma olmak üzere üç farklı klinik görünüme dikkat çekmiştir (1). Bununla birlikte bazı yazarlar psikotik bozukluklar, duygudurum bozukluklar, anksiyete bozuklukları veya obsesif kompulsif bozukluk gibi bazı psikiyatrik hastalıklarında bulantı ve kusma nedeni olabileceğini öneren yayınlar yayınlamışlardır (2). Psikojenik kusmanın klinik özellikleri ve seyri hakkında yeterli bilgi sahibi olmamıza rağmen etiyolojisi, bu durumun patofizyolojisi ve tedavisi hakkındaki bilgiler yeterli değildir (3).

Kaynaklarda psikojenik kusma tedavisinde, kusmanın önlenmesi ve kusma arası sürenin uzatılması amaçlanmaktadır (3). Bu amaçla çeşitli farmakolojik ajanlar denenmiş olmasına rağmen etkinliği yeterli görülmemiştir. Bu doğrultuda, psikolojik ve psikiyatrik tedaviler dışında intravenöz hidrasyon, protein pompa inhibitörleri, antiemetikler, prokinetikler, eritromisin ve antimigren tedaviler uygulandığı bilinmektedir (4). Psikiyatrik tedavilerde ise antidepressan (trazodon, mirtazapin, trisiklik antidepressanlar, essitalopram, maprotilin), antipsikotik (olanzapin, trifluprazin) ve kombinasyonları gibi psikofarmakolojik yaklaşımların faydalı olabileceği gösterilmiştir (5-7). Farmakolojik yaklaşımların yanı sıra Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) (8), Hipnoterapi (9) gibi yaklaşımların da faydalı olabileceğine dair yayınlar bulunmaktadır.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu tedavisinde önerilen Göz Hareketleri İle Duyarsızlaştırma ve

Yeniden İşleme (EMDR), psikodinamik, bilişsel ve davranışçı yaklaşımlar gibi iyi bilinen farklı yaklaşımları bir araya getiren önemli bir yöntemdir (10). Bu terapi yöntemi, ruhsal bozuklukları travma ve stresörlerle ilişkilendirir ve travmatik algılanan olayların adaptif bilgi işleme sistemini bozduğu ve bu stresörler hedeflenerek yapılacak terapinin ilişkili güncel belirtileri ortadan kaldıracak iddia eder (11). Travma odaklı bir yaklaşım olan EMDR'nin, çeşitli psikiyatrik bozuklukların başlangıcında bulunan travmalar da dahil olmak üzere çok çeşitli olayları ve rahatsız edici anıları çözebilme yeteneğine sahip olduğunu göz önünde bulundurulduğunda, psikojenik kusmanın tedavisinde faydalı olabileceği düşünülebilir. Nitekim kusma ile ilgili olarak özellikle hipere-mezis gravidarum tedavisinde EMDR'nin etkinliğini gösteren kaynaklar bulunmaktadır (12, 13). Bunun yanı sıra bir özgül fobi olan kusma korkusuna EMDR uygulanan iki olgu sunumu da yazında bulunmaktadır (14). Fakat bildiğimiz kadarıyla yazında psikojenik kusma olgusuna uygulanan EMDR'nin etkinliğini gösteren bir olgu bulunmamaktadır.

Tüm bu bilgiler ışığında, bu olgu çalışmasının amacı, psikojenik kusma tedavisi için EMDR'nin klinik yararlılığını araştırmaktır. Olgumuzda altta yatan ve semptomla ilişkili olabileceği düşünülen stresör (olumsuz deneyim) öyküsü bulunması nedeniyle EMDR kullanılmıştır.

## OLGU SUNUMU

Yirmi dokuz yaşında, bekâr, ön lisans mezunu, muhasebeci olarak çalışan, psikiyatrik geçmişi olmayan erkek hasta, psikiyatri polikliniğimize haftada 10-15 arası değişen sayıda kusma şikâyeti ile başvurdu. Hasta kliniğimize gelmeden önce dâhiliye, intaniye, nöroloji ve kulak burun boğaz kliniklerine başvurmuş, yapılan tetkik (tam kan, rutin biyokimya, kanser belirteçleri, batın ultrasonografi, gastrointestinal endoskopi, beyin manyetik rezonans görüntüleme (MRG), enfektif ajanlara yönelik araştırmalar vb) ve tedavilere (antiemetik, sedatif ajanlar, protein pompa inhibitörü) rağmen şikâyetlerinde hiçbir değişiklik olmamıştı. Hastaya uygulanan gastrointestinal endoskopi, MRG ve laboratuvar tetkiklerinde

**Tablo 1.** EMDR Protokolünün Uygulanışında Kullanılan Terimler ve olgumuzda ki karşılığı

Resim	Travmatik anı düşünülürken göz önüne gelen görüntü	"baş dönmesi sonrası yere eğildiği ve kustuğu sırada arkadaşlarının kendisine baktığı an"
Duygu	Resim ile birlikte gelen duygu	"kaygı ve korku"
Olumsuz Biliş	Resme yoğunlaştığında travmatik anın kendisi ile ilgili oluşturduğu olumsuz biliş.	"arkadaşlarımdan daha güçsüzüm"
Olumlu Biliş	Tedavi sonrası olumsuz biliş yerine sahip olunması arzu edilen biliş	"güçlüyüm"
VoC (Validity of Cognition)	Resme yoğunlaştığında olumlu bilişin geçerliliğine verilen sayısal değer	3/7
SUD (Subjective Unit of Disturbance)	Resme yoğunlaştığında, travmatik anın oluşturduğu rahatsızlığın hissinin sayısal değeridir	9/10
Bedensel duyum	Resme yoğunlaştığında oluşan öznel rahatsızlığın hastanın bedeninin neresinde hissedildiği	baş bölgesinde gerilme

organik bir patoloji saptanamamıştı. Farmakolojik tedavilerden fayda görmemişti. Hastanın 17 yıldır devam eden, stresli ve yoğun iş zamanlarında artan ve haftalık 10-15 arası kusma sayısı mevcuttu ve hastanın sosyal ve iş hayatını bu durum etkilemekteydi. Hastanın kusmaları stresle birlikte artmakla beraber, çoğu zaman mide içeriği çıkmaktaydı. İlaç kullanmak istemeyen hasta ile yapılan değerlendirme görüşmesinde şikâyetlerinin başlangıcı ile ilişkilendirilebilecek anı-stresör sorgulandığında, 12 yaşında iken arkadaşlarının parkta yapmış oldukları şaka sonrası o zaman çok rahatsız hissettiğini, mide bulantısı, baş dönmesi ve kusmasının olduğunu belirtti. Sonrasında ise arkadaşlarının kendisi ile alay ettiklerini, kendisini çok güçsüz ve aşağılanmış hissettiğini belirtti. O olaydan sonra kusmalarının başladığını ve 17 yıldır devam ettiğini ifade etti. Hastanın Beck Depresyon Ölçeği 7 ve Beck Anksiyete Ölçeği 8 idi. Depresif ve anksiyöz belirtileri olmayan hastaya faydası olacağı düşünülerek EMDR önerildi ve gerekli bilgilendirme yapılarak yazılı onamı alındı.

EMDR protokolüne göre çalışılacak olumsuz deneyim için aşağıdaki ifadeler belirlenerek travma protokolü uygulandı; İlk EMDR seansında hastanın yaşamış olduğu olumsuz deneyim 120 dakikalık tek seans şeklinde çalışıldı. Seans sonrası SUD değeri '1' ve VoC değeri '7' ydi. Hasta seansın iki hafta sonraki ilk kontrolünde seans sonrası bir daha kusmasının olmadığını ifade etti ve ikinci seans EMDR yapılmasına gerek görülmedi. Altı ay boyunca takip edilen hastanın tekrar kusması olmadığı için görüşme süreci sonlandırıldı.

## TARTIŞMA

Psikojenik kusma organik patoloji olmaksızın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ve tedavisi zor, önemli bir durumdur. Bildiğimiz kadarıyla olgumuz psikojenik kusmanın EMDR ile başarılı tedavisini sunan yazındaki ilk bildirimdir.

Psikojenik kusma tedavisinde daha önce çeşitli antidepressan ve antipsikotik ilaçlar gibi psikofarmakolojik ajanlar ve çeşitli terapi yöntemleri kullanılmasına rağmen etiyojisi ve patofizyolojisi belirsiz olması nedeniyle tedavi kılavuzunun netleşmemiş olması klinisyenler için en önemli sorunlardan birisidir. Kaynaklarda psikojenik kusma tedavisinde essitalopram (15, 16), olanzapin (17) ve kombinasyonunu (6) öneren olgu sunumu şeklindeki bildirimler mevcuttur. Ayrıca maprotilin (7), mirtazapin (18), trisiklik antidepressanlar (19) gibi antidepressanların faydalı olduğuna dair bildirimlerde bulunmaktadır. Diğer taraftan Chandrashekhar (9) ve Lankton (20) iki farklı olgu sunumunda hipnoterapinin psikojenik kusma tedavisinde etkili olduğunu ortaya koymuştur. Diğer bir araştırmada ise özgül kusma korkusu tedavisinde BDT'nin etkili olabileceği gösterilmiştir (8). Bununla birlikte, olgu sunumu şeklinde bir bildiri olarak özgül fobi olan bulantı fobisinin (emetofobia) tedavisinde EMDR'nin etkinliği gösterilmiştir (21). Mevcut olgu çalışmamız, travma odaklı bir yaklaşım olan EMDR'nin, psikojenik kusma tedavisinde etkili olduğunu ortaya koymuştur. Diğer taraftan hastamızın uzun zamandır hayat kalitesini bozan bir semptom olan kusmanın 120 dakika gibi bir

sürede sonlanması, EMDR'yi diğer uzun süreli tedavi yaklaşımların önüne geçirmektedir. Ayrıca hastanın farmakolojik bir ajan kullanmak zorunda kalmaması da önemli bir avantajdır. Bununla birlikte olgumuzun fayda görmesinin bir diğer nedeni ise zaman içerisinde gelişmiş muhtemel fobik reaksiyona karşı duyarsızlaşma olabileceğini de düşünüyoruz. EMDR Terapisi alışılmış uygulamada ve araştırmalarda sıklıkla 9-12 seans ve 90 dakikalık seanslar şeklinde uygulanır. Bununla birlikte yakın tarihli çalışmalar seans sürelerinin 60 dakikalık zaman dilimine uygulanabileceğini de göstermektedir (22). Bu olguda tek seansta fayda görülebilmesi, uzun seans yapılması ve ilişkili stresörün görece daha az risk faktörü içeren olumsuz deneyim olması ile ilişkili olabilir.

Psikojenik kusma olgularında, semptomun oluşmasına neden olan faktörlerin neler olabileceğini araştırmak önemlidir ve tedavi de bu faktörlerle başa çıkmada etkili olabilecek bir müdahale seçilmelidir. Olgumuzda semptomu ortaya çıkaran etken olarak, çocukluk döneminde yaşamış olduğu olumsuz deneyim düşünüldü. EMDR ile bu olumsuz deneyime atfedilen anlamın değiştirilmesi, hastanın hayat kalitesini olumsuz etkileyen psikojenik kusmanın sonlanmasını sağladı.

Olgumuzda olduğu üzere psikojenik bozukluklara travma odaklı yaklaşımla, muhtemel olumsuz deneyime ulaşmak ve EMDR ile hızlı bir tedavi etkinliği yakalamak hastaların hayat kalitesini artıracak ve zaman kaybını engelleyecektir. Travma odaklı tedavilerin ve travma hafızasının işleme tutulmasının hedeflenen tedaviye yaklaşmayı kolaylaştırdığı bir gerçektir. Bu durum yalnızca TSSB hastalarında değil travma ile ilişkili psikiyatrik bozukluklarda da söz konusudur. Dolayısıyla, olgumuzdan yola çıkarak psikiyatrik bozuklukların temelindeki muhtemel olumsuz deneyimi ortaya çıkarmak önem arz etmektedir. Diğer taraftan olgumuzda tanısal bir sorun bulunmaktadır. Çünkü olgumuzda bulunan semptomlar tanı sistemlerine göre bir tanıyı karşılamamakta idi. Bu nedenle biz olgumuzda somatik bir belirtinin tedavisi üzerine çalıştığımızı düşünebiliriz. Bu durumu ise makalemizin bir sınırlaması olarak düşünüyoruz.

Sonuç olarak; on yedi yıl gibi uzun bir süre sıkıntı yaşayan bir hastanın 120 dakikalık bir EMDR seansı ile şikayetlerinden kurtulması bildirimizin en önemli taraflarından biridir. Ayrıca çalışmamızın bir sonucu olarak olgumuzda da görüldüğü üzere olumsuz deneyim kökenli psikojenik kusma gibi olgularda EMDR'nin de bir tedavi seçeneği olabileceği düşünülebilir. Bununla birlikte klinisyenlerin psikiyatrik bozukluğun arkasındaki muhtemel olumsuz deneyimi ortaya çıkarması ve tedavide kullanmasının önemi bir kez daha ortaya konulmuştur. EMDR'nin psikojenik kusma üzerine etkisinin daha iyi açıklanabilmesi için daha çok ve kontrollü çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

---

Yazışma Adresi: Dr. İbrahim Gündoğmuş, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara, Türkiye [dribrahim06@gmail.com](mailto:dribrahim06@gmail.com)

---

#### KAYNAKLAR

1. Leibovich M. Psychogenic vomiting. *Psychotherapy and psychosomatics*. 1973;22:263-8.
2. Muraoka M, Mine K, Matsumoto K, Nakai Y, Nakagawa T. Psychogenic vomiting: the relation between patterns of vomiting and psychiatric diagnoses. *Gut*. 1990;31:526-8.
3. Balamtekin N, Hacıhamdioğlu B, Çalışkan B, Taşçılar ME, Akın R. Siklik kusma sendromu: bir olgu sunumu. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2008;50:57-9.
4. Stein MT, Katz RM, Jellinek MS, Cassidy L, Olness K. Cyclic vomiting. *Pediatrics*. 2001;107:940-4.
5. Taşdelen Bİ, Öztıp DB. Siklik Kusma Sendromu: Bir olgu sunumu. *Literatür Sempozyum*. 2015;1:2-4.
6. Yıldırım O, Canan F. Psikojenik kusma tedavisinde essitalopram ve olanzapin birlikte kullanımı: Olgu sunumu. *Abant Tıp Dergisi*.2:178.
7. Gülsün M, Evrensel A, Doruk A. Kronik Kusma Yakınması ile Başvuran Bir Obsesif Kompulsif Bozukluk Olgusu ve Maprotilinle Tedavisi: Bir Olgu Sunumu. *Düşünen Adam*.2006;3.
8. Riddle-Walker L, Veale D, Chapman C, Ogle F, Rosko D, Najmi S, et al. Cognitive behaviour therapy for specific phobia of vomiting (Emetophobia): A pilot randomized controlled trial. *Journal of anxiety disorders*. 2016;43:14-22.
9. Chandrashekhar R. Advantageous Use of Hypnosis in a Case of Psychogenic Vomiting. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 2016;58:347-56.
10. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures: Guilford Press; 2001.
11. Solomon RM, Shapiro F. EMDR and the adaptive information processing model: potential mechanisms of change. *Journal of EMDR practice and Research*. 2008;2:315-25.
12. Kavakci O, Yenicesu GI. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for hyperemesis gravidarum: a case series. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2014;27:335-41.
13. Kavakçı Ö. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy Scripted Protocols and Summary Sheets: Treating Eating Disorders, Chronic Pain and Maladaptive Self-Care Behaviors. Edited by Luber M. Newyork, USA Springer Publishing Company; 2018. p. 335-70.
14. de Jongh A, ten Broeke E. Opmerkelijke veranderingen na één zitting met Eye Movement Desensitization and Reprocessing: een geval van angst voor misselijkheid en braken. *Dth*. 1994;14:46-52.
15. Hsu W-Y, Huang S-S, Chiu N-Y. Escitalopram for psychogenic nausea and vomiting: a report of two cases. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2011;110:62-6.
16. Hergüner S, Çiçek E, Kayhan F, Hergüner A. Bir Çocuk Olgu Nedeniyle Döngüsel Kusma Sendromu. *Selçuk Tıp Derg*. 2013;29:187-9.
17. Tahiroğlu AY, Çelik GG, Avcı A, İncecik F. Döngüsel kusma sendromu tedavisinde olanzapin ve penisilin kullanımı: bir olgu sunumu. *Klinik Psikiyatri*. 2008;11:200-7.
18. Lee S-Y, Rho S-H, Choi S-C. Functional dyspepsia and mir-tazapine. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2002;47:582-3.
19. Prakash C, Lustman PJ, Freedland KE, Clouse RE. Tricyclic antidepressants for functional nausea and vomiting (clinical outcome in 37 patients). *Digestive diseases and sciences*. 1998;43:1951-6.
20. Lankton SR. Hypnosis and therapy for a case of vomiting, nausea, and pain. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 2015;58:63-80.
21. De Jongh A. Treatment of a woman with emetophobia: a trauma focused approach. *Mental illness*. 2012;4(1).
22. Maroufi M, Zamani S, Izadikhah Z, Marofi M, O'Connor P. Investigating the effect of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) on postoperative pain intensity in adolescents undergoing surgery: a randomized controlled trial. *Journal of advanced nursing*. 2016;72:2207-17.

# Az bilinen bir konu Delüzyonel Parazitoz: Bir olgu sunumu

*A rarely known topic 'Delusional Parasitosis': A case report*

Burak Okumuş<sup>1</sup>, Cicek Hocaoglu<sup>2</sup>, Nursel Dilek<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Dr., <sup>2</sup>Prof., Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, Rize, Türkiye <https://orcid.org/0000-0003-3591-6927>  
<https://orcid.org/0000-0001-6613-4317>

<sup>3</sup>Doç. Dr., Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji AD, Rize, Türkiye <https://orcid.org/0000-0003-3576-2796>

## ÖZET

Delüzyonel parazitoz (DP) tıbbi bir kanıt olmamasına rağmen kişinin parazit ya da yaşayan küçük yaratıklar tarafından enfekte olduğu yanlış ve ısrarlı inancı ile seyreden sanrısız bir bozukluktur. DP yüzyıldan uzun zamandır Ekbohm hastalığı, psikojenik parazitoz gibi çeşitli isimlerle adlandırılmış olmasına rağmen kliniği hakkındaki veriler belirsizliğini korumaktadır. Delüzyonel parazitozlu hastaların çoğu 50-70 yaş arası, evli, iyi eğitim almış, kadınlardır. DP etiyolojik olarak birincil veya ikincil şeklinde sınıflandırılabilir. İkincil delüzyonel parazitozda bulgular genel tıbbi, nörolojik ve psikiyatrik hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkar. Delüzyonel parazitozun yavaş ve sinsi başladığı söylenmekle birlikte bazen akut seyrinde görülebilmektedir. DP psikotik bir hastalık olmasına rağmen hastalar çoğunlukla dermatolog, aile hekimleri, enfeksiyon hastalıkları uzmanlarına başvurumaktadırlar. Psikiyatri klinik uygulamaları öncülüğünde değerlendirilmesi gereken DP' nin dermatoloji ve enfeksiyon hastalıkları uygulamaları içinde daha fazla görülmesi nedeniyle tanı ve tedavide gecikmeler yaşanmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Delüzyonel, parazitoz, teşhis, etiyoloji

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2020;23:111-115)

DOI: 10.5505/kpd.2020.99815

## SUMMARY

Delusional parasitosis (DP) is a delusional disorder with a false belief that the person is infected by parasites or living small creatures, although there is no medical evidence. Although DP has been named as Ekbohm disease and psychogenic parasitosis for more than 100 years, the clinic features still remains unclear. Most of the patients with delusional parasitosis are 50-70 years old, married and well educated women. DP's etiology can be classified as primary or secondary. Symptoms in secondary delusional parasitosis occur due to general medical, neurological and psychiatric disorders. Although delusional parasitosis has insidious onset and chronic course, it is sometimes seen in acute onset. Although DP is a psychiatric disease, patients mostly appeal to dermatologists, family physicians and infectious diseases specialists. DP should be evaluated by psychiatrists but unfortunately they are usually evaluated by dermatology and infectious diseases and because of this reason, diagnosis and treatment are delayed.

**Key Words:** Delusional, parasitosis, diagnosis, etiology



## GİRİŞ

Delüzyonel parazitoz (DP); kişinin parazit ya da yaşayan küçük yaratıklar tarafından enfekte olduğu yönündeki yanlış ve ısrarlı inancının bulunduğu nadir bir hastalıktır (1). Yüzyıl önce Fransız dermatolog Thieberge tarafından “akarofobi” ismiyle 1894 yılında tanımlanmış olsada Trabert’in tarihsel literatür araştırmasına göre 1799 ve 1801 yıllarından beri bu özel kliniğin gözlenmiş olduğu görülmektedir (2). Bunun yanı sıra “parazitik infestasyon deliryumu”, “psikojenik parazitoz”, “parazitofobi”, “dermatofobi”, “Ekbom sendromu” gibi isimlerle de adlandırılmıştır (3). Delüzyonel parazitoz etyolojik faktöre göre birincil; altta yatan bir neden olmadan ve ikincil; genel tıbbi, nörolojik ve psikiyatrik hastalıklara bağlı DP şeklinde sınıflandırılabilir (4). İkincil DP’ de altta yatan neden genellikle şizofreni, demans, diyabet, nöropati, kardiyovasküler hastalıklar ve kazalardır (2). DP’ de patofizyolojiyi aydınlatmak için birçok hipotez geliştirilmesine rağmen sabit bir görüş bulunmamaktadır (2). Patofizyolojisinin belirsizliği; psikiyatri dışı branşlara başvurunun daha çok olması, tanımı ve isimlendirilmesi üzerindeki görüş birliğinin bulunmaması gibi nedenlerden dolayı büyük örneklem gruplarıyla çalışma yapılamamasından kaynaklanmaktadır (5). DP’ nin yaygınlığı hastane ve halk sağlığını kapsayan çalışmalarda milyon kişi başına 5.58, özel uygulama ortamını kapsayan çalışmalarda milyon kişi başına 83.23’tür (6). Başlangıç yaşının prevalansı, 20-30 ve >50 yaş olmak üzere bimodal dağılım göstermektedir (6). 50 yaş altında kadın/erkek oranı 2:1 iken; 50 yaş üzerinde bu oran 3:1’dir (7). Hastaların yaklaşık %8 - %12’si semptomları bir başkasıyla paylaşır (folie a deux) (6). DP olguları yanlış ve ısrarlı inançlarını ispatlamak için deri ya da enfekte olduklarını düşündükleri kıyafet parçalarını kibrit kutusu içine koyar ya da selobanda yapıştırarak biriktirirler (7). “Kibrit kutusu belirtisi” olarak bilinen bu fenomen tıbbi basyuruda bulunan hastaların %26’sında saptanmıştır (7). DP olguları sanrısız inanış doğrultusunda kazıma, dezenfektanlar ve pestisitler aracılığıyla tedavi olmak için çabalama eğilimindedir ve bu durum cilt lezyonlarına neden olarak hastanın yanlış inancını destekleyen bir kısır döngüye dönüşebilir (2). Delüzyonel parazitoz olgularının çoğunda belirtiler bir kez yerleştikten

sonra uzun süre tedavisiz kalması halinde psikotik belirtiler kronikleşmektedir (8). Belirtinin tek başına var olduğu veya organik nedenin belirlenebildiği olgularda sonlanım daha kötü ve kronikleşme eğilimi daha fazla olabilir (2). Sonlanım şekillerinden biri olarak intihar da bildirilmiştir (2). Geçmişte yapılan çalışmalarda pimozidin DP için daha ön plana çıktığı görülse bile günümüzde amisülpirid, risperidon, olanzapin, ketiapin, sertindol ve paliperidon gibi ikinci kuşak antipsikotikler DP tedavisi için daha çok tercih edilmektedir (9). Biz bu çalışmada dermatoloji servisinde yatmakta olan ve psikiyatri konsültasyonu ardından delüzyonel parazitoz tanısı koyulan kadın hastayı literatür bulguları ışığında sunmayı amaçladık.

## OLGU SUNUMU

Yetmiş bir yaşında, kadın, dört çocuklu, ev hanımı olan hasta yaygın cilt lezyonları nedeniyle dermatoloji servisinde yatarak tedavi gördüğü sırada tarafımıza konsülte edilmesi nedeniyle yakınları ile birlikte odasında değerlendirildi. Konsültasyon istem nedeni özellikle akşam saatlerinde olan yönelim bozukluğu, görsel varsanı olması ve gün içinde deri yolmalarının olmasıydı. Hasta ve refakatçileri ile ikili görüşmeler yapıldı. Görüşmeye isteksiz olan hasta derisinin altında gezinen siyah böceklerden muzdarip olduğunu ve bu durum için farklı hekimlere başvurduğunu ancak tedavi edemediklerini ifade etti. Yakınları ile görüşme yapmak için rızası alınan hastanın yakınları ile görüşüldü. Hasta yakınları ile yapılan görüşmede hastanın ifade ettiği şikayetlerin 1.5 senedir olduğunu ve bu şikayetlerinin başlangıcıyla beraber hekimlere başvurduklarını ancak ileri tetkikler neticesinde bir şey olmadığını kendilerine ifade edildiği öğrenildi. Bu süreçte tedavi olamayacağına dair umutsuzluğu başlayan hastaya psikiyatri dışı branş hekimi tarafından essitalopram 10 mg/gün tedavisi başlandı ve bu tedaviyi sadece 1 ay kullandığı öğrenildi. Daha öncesinde psikiyatri başvurularının ve şikayetlerinin olmadığını, hekim başvuruları sürecinde kendilerine psikiyatriye gitmeleri önerilmiş olsa da hastanın uyumsuz olduğu ifade edildi. Ancak, şu an hastanın tarafımıza danışılmasının nedeninin daha öncesinde olmayan 3-4 gündür süren özellikle akşam saatlerinde başlayan ani şaşkın bakışlarının olması, çevresiyale



ilişkinini zorlaştıracak bir şekilde dikkatini sürdürmemeye, yer-zaman-kişi oryantasyonunun gün içinde dalgalı bir şekilde olduğu, bu yüzden geceleri kendilerini ve servisteki diğer hastaları rahatsız ettiği öğrenildi. Yakınları ile tekrar yapılan görüşmede hastanın iki sene önce demans tanısı aldığı ve donepezil 5 mg/gün tedavisi aldığı belirtildi. Hastanın görüşmeye isteksizliği nedeniyle öykünün ayrıntıları yakınlarından alındı. Yakınları şikayetlerinin 1.5 yıl öncesinde cildinde yanma ve kaşıntı ile başladığını belirtti. 2-3 ay boyunca cildinde hissettiği yanmaları ve kaşıntılarıyla aşırı zaman harcadığını ancak yolma davranışı ve böceklerin olduğunu söylemediğini ifade ettiler. Takip eden 2-3 ay içerisinde cildinde siyah böcekler olduğunu belirterek onları cildinden koparmaya başlamış. Cilt parçalarını kibrit kutusu benzeri kapların içine koyarak yakınlarına, hekimlere gösteren hasta tedavi arayışını sürdürmüştü. Hastanın yakınları; sık hekim değişiklikleriyle devam eden başvuruların sürmesi nedeniyle eşlik etmeyi bıraktıklarını ifade ettiler. Hastanın poliklinik başvurusu öncesi cilt parçalarını biriktirdiği kapların atılması nedeniyle psikiyatri muayenesi sırasında kaplar gözlenmedi. Aile hekimi, farklı dermatoloji ve enfeksiyon hastalıkları hekimlerine başvuruları bulunan hasta hastanemizde bulunan dermatoloji poliklinik başvurusu sonrası dermatoloji servisine ileri tetkik ve tedavileri için yatırılması ardından psikiyatri konsültasyonu ile değerlendirildi.

**Özgeçmiş:** İki yıldır demans tanısı ile donepezil 5mg/gün kullanıyor. 13 yıldır tip 2 diabetes mellitus tanısı ile oral antidiyabetikler kullanıyor.

**Fizik muayene ve laboratuvar bulguları:** Vital bulgu-

lar: Normal, Nörolojik muayene ve diğer sistem muayeneleri: Normal. (Hastanın yapılan dermatolojik muayenesinde vücudunda yaygın birbirinden farklı çok sayıda farklı çaplarda plaklar mevcut.)

**Labaratuvar bulguları:** Hemogram ve Biyokimyasal değerler normal. Hormonlar normal seviyede (tiroid fonksiyon testleri, prolaktin, vit B12, folik asit), mikroskopi, mikrobiyoloji, uyuz-PCR, inflamasyon laboratuvar bulguları normal. kranial manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde sol talamus, sol bazal ganglion düzeyinde 6 mm çaplı kronik infarkt alanı, serebral beyaz cevherde kronik iskemik değişiklikler, 3.ventrikül ve lateral ventriküller belirgin, serebral sulkus ve fissürler belirgindi.

**Ruhsal Durum Muayenesi:** Kendine bakımı azalmış, yaşında görümlü, saygılı, göz teması kuran, görüşmeye istekli kadın hasta, sorulan sorulara verdiği cevaplar probleme dönük ve amaca yönelikti. Affekt anksiyöz, duygudurum çökkündü. Bilinç açık, koopere, oryante, algılamada görsel varsanılar mevcuttu. Bellek azalmış, zeka düzeyi normaldi. Soyut düşünce yetisi gerçeği değerlendirme yetisi, yargılaması kısmen bozulmuştu. Benlik saygısı azalmıştı, kısmi psikomotor retardasyon tabloya eşlik ediyordu.

Hastanın 2 yıl önce demans tanısı alması ve 1 yıl sonrasında böcek enfekte olduğu inancıyla deri yolmalarının varlığı ikincil delüzyonel parazitöz olarak değerlendirildi. Olguya yapılan mini-mental testinin sonucu 13 puan olarak tespit edildi. İlk değerlendirmeler sonucunda hastaya deliryum tanısı konuldu. Haloperidol 1 mg/gün (10 damla)





tedavisi başlandı. Tedavisi sürecinde deliryum belirtilerinin azaldığı gözlemlendi. Konsültasyon istekleriyle kontrol ve takipleri yapılan hastanın 2. haftasında deliryum belirtilerinin olmadığı ancak depresif belirtilerinin tespit edilmesi nedeniyle haloperidol 0.5 mg (5 damla)' a düşülerek sertralin 25 mg başlandı. 3. hafta sonunda sertralin 50 mg/gün, haloperidol 0.5 mg tedavisiyle poliklinik kontrolü önerilerek taburculuğu planlandı. Dermatolojide yattığı süre içinde DP yakınmaları azalmıştı. Poliklinik kontrolüne çağrılan hasta kontrollerine devam etmedi. Hasta ve yakınından izin alınarak tedavi etkinliğini karşılaştırmak amaçlı tedavi öncesinde fotoğraflar kayıt altına alındı. Ancak hasta poliklinik kontrollerine gelmediği için tedavi sonrası fotoğrafları kayıt altına alınamadı.

## TARTIŞMA

DP' nin tarihçesi, etiyolojisi, prevalansı, tanı kriterleri ve potansiyel tedavi stratejileri ile ilgili çalışmalar son zamanlarda literatürde artmış olsa da belirsizliğini sürdürmektedir (10). Bunun altında yatan nedenlerden biriside DP hastalarının psikiyatri hizmetleri dışında olan tıp branşlarına yani; pratisyen hekimlere, dermatologlara, entomologlara veya enfeksiyon hastalıkları uzmanlarına başvurusudur(10). Bu bilgiler ışığında hastanın dermatoloji servisine yatışının ardından psikiyatri konsültasyonu ile değerlendirilmesi literatür ile uyumludur. Daha öncesinde olmayan 3-4 gündür akşam saatlerinde başlayan ani şaşkın bakışlar ve çevresiyle ilişkisini zorlaştıracak derecede dikkati sürdürmede bozukluk, yer-zaman-kişi oryantasyonunun gün içinde dalgalı bir şekilde olması demansın eşlik ettiği deliryum olarak yorumlandı.

Daha öncesinde hastanın deliryum tanısı olmadığı, DP klinik belirtilerinin 1.5 sene dir var olduğu göz önüne alındığında, mevcut sanrısız inanın deliryum tablosuyla açıklanamayacağını düşündürdü. Hastanın özgeçmişinde psikiyatri başvurusunun olmaması, 2 sene önce demans tanısı ile donepezil 5 mg/gün tedavisinin başlanması ve 1.5 sene öncesinde DP klinik belirtilerinin taktik yaşantıların ardından başlaması demansa ikincil DP olduğunu düşündürdü. Ayrıca hastanın böcekler tarafından enfekte olduğu sanrısız inancı doğrultusunda farklı branş hekimlerine başvurduğu süreçte tedavi olamayacağına dair umutsuzluğunun ardından başlayan isteksizlik, moralsizlik gibi depresif belirtilerin ortaya çıkması, olgunun psikotik belirtilerin eşlik ettiği major depresif bozukluktan farklı olduğunu göstermektedir. DP hastaları; genellikle iyi eğitilmiş, 50-70 yaş arası kadınlardan oluşmaktadır(9). Olgunun 71 yaşında, kadın ve demans tanısının olması literatür bulgularına uyum göstermektedir. Yaşın risk faktörü olduğu demansın prevalansı; yaşam sürelerinin uzamasıyla artış göstermektedir (11). İkincil DP hastalarının altta yatan sık nedenlerden birisi de demanstır (2). Bu durum beklenen yaşam sürelerinin uzamasıyla artacağı öngörülen demansın, DP prevalansının artışında rol oynayabileceğini düşünebilir (2). Berrios, hastaların hissedilen deri üzerindeki duyum-samalar için oluşturduğu taslak düşüncelerin üzerinde aşırı uğraşmasının ardından sanrısız inanın gelişebileceğini ileri sürmüştür (12). Bers ve Conrad ise taktik varsanı sonrasında, varsanılara uygun sanrılarının oluşabileceği şeklindeki ilişkiye dikkat çekmiştir (2). Bizim hastamızın da yanlış ve ısrarlı inancını geliştirmeden önceki 3-4 aylık dönemde görülen taktik yaşantıların ardından yanlış ve ısrarlı sanrısız inanın gelişmesi literatürde ön plana çıkmış hipotezlerden bazılarıyla uyum göstermektedir. Ayrıca hastanın 13 yıldır diyabet tanısı ile takip edildiği göz önüne alındığında diyabetik nöropatiye bağlı olabilecek hatalı algılanan duyu kusurlarının DP' nin başlangıcı ve prognozunda etki gösterebileceğini düşünebilir. Hastanın MR'ında serebral beyaz cevherde görülen kronik iskemik değişikliklerin ve kortikal atrofisinin gözlenmesi hastanın sanrısı için etiyolojik bir neden olabilir (13). Gamper talamusun involüsyonel dejenerasyonuna bağlı duyu kusurlarının oluşabileceği ve buna bağlı DP gelişebileceğini ileri

sürerken, Liebart ve Klages ise talamusa ek olarak eşlik eden parietal bozuklukların DP' ye neden olabileceğini ileri sürmüşlerdir (2). Hastanın MR' ında sol talamus, sol bazal ganglion düzeyinde 6 mm çaplı kronik infarkt alanlarının bu görüşleri desteklediği düşünülebilir. Ancak olgumuzun ikincil DP olması ve literatürde biranda aniden başlayan birincil DP bildirimlerinin bulunması bu hipotezlerin daha çok ikincil DP' de görülebileceğini düşündürülebilir (14). İkincil DP hastaları altında yatabilecek durumlara göre; makroskopik beyin patolojisi, genel tıbbi duruma bağlı, bir başka psikiyatrik hastalıkla birlikte veya maddenin tetiklediği delüzyonel parazitöz şeklinde sıralanabilir (2). DP' ye neden olan durumun ortadan kaldırılabilmesi iyileşmenin daha hızlı ilerleyebileceğini gösterebilir (2). Ancak hastalarla ilk karşılaşma ardından mevcut klinik; DP klinik görünümüne çok fazla uyum gösteriyor olsa dahi olası enfeksiyonların dışlanması gerektiği gözden kaçırılmamalıdır (4). DP hastaları; psikiyatri dışı tıp branşlarına başvurma eğiliminde olduğu için şikayetleri genellikle ilk yapılması gerektiği gibi olası enfeksiyonlar açısından ileri tetkik ve tedavi lerle incelenmiş olarak psikiyatri hekimiyile karşılaşmasına neden olur (2). Bizim olgumuzun da daha öncesinde aile hekimi, enfeksiyon hastalıkları ve dermatoloji başvurularının ardından ayrıntılı tetkiklerle parazitinin olmadığını tespit edilmesi literatür ile uyumludur (10). Ancak; hastanın sık aralıklarla, ısrarlı bir şekilde farklı hekimlere

başvurması, DP için tedavide en önemli basamağın hasta hekim arasında oluşan güvenin olduğunu vurgulaması açısından önemlidir (2). DP hastaları; çoğu sanrısız inanışa sahip hastalar gibi sanrısız inanışı dışındaki görüşlerin kendilerine yardımcı olabileceği konusunda genellikle ümitsizdirler (2). Bu sebeple psikiyatri hekimine yönlendirildiklerinde genellikle öfkeli ve görüşme yapma konusunda isteksizdirler (2). Görüşme sırasında ise sanrısız inanışı doğrultusunda parazitöz yaşam döngüsünü anlatabilecek kadar ayrıntılı hastalık sunumuyla varsanılarının içeriklerini vurgulamak isteyebilir ve sürekli bunları anlatırlar (15). Hastanın düzenli psikiyatri poliklinik takiplerine devam etmemesinin tedavi uyumunun sanrısız inanışına uygun bir şekilde ilerlediğini göstermektedir.

Sonuç olarak; DP tanısı çoğu zaman gözden kaçabilen, hasta ve yakınlarının yaşamına olumsuz etkileri ile yaşamı ciddi şekilde tehdit edebilen bir ruhsal bozukluktur. Bu nedenle klinisyenlerin DP erken tanı ve tedavi konusunda dikkatli olmaları yaşam kurtarıcı olabilir.

Yazışma Adresi: Dr. Burak Okumuş, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, Rize, Türkiye  
okumusband@gmail.com

#### KAYNAKLAR

1. D'Auria A, Wiseman T, Varghese A, Espiridion ED. Refractory Delusional Parasitosis in a 70-year-old Woman. *Cureus*. 2018;10:3120.
2. Gonca K. Delusional Parasitosis: Clinical Features, Diagnosis and Treatment. *Curr Approaches Psychiatry* 2010;2:384-400.
3. Huber M, Kirchlner E, Karner M, Pycha R. Delusional parasitosis and the dopamine transporter. A new insight of etiology? *Med Hypotheses*. 2007; 68:1351-8.
4. Lepping P, Russell I, Freudenmann RW. Antipsychotic treatment of primary delusional parasitosis: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*. 2007;191:198-205.
5. de Leon J, Antelo RE, Simpson G. Delusion of parasitosis or chronic tactile hallucinosis: Hypothesis about their brain physiopathology. *Compr Psychiatry*. 1992;33:25-33.
6. Kuhn H, Mennella C, Magid M, Stamu-O'Brien C, Kroumpouzou G. Psychocutaneous disease: Clinical perspectives. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2017;76:779-791.
7. Yancar Demir E, Sütçügil L. Secondary delusional parasitosis: Reviewing on a case report. *Anatol J Clin Investig*. 2013;7:171-175
8. Sibel M, Özgür Ö, İlknur A, Oğuz K. Folie á Famille ve Delüzyonel Parazitöz: Olgu Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi. *Bull Clin Psychopharmacol*. 2005;15:71-8.
9. Mumcuoglu KY, Vera L, Reuveni I, Bonne O. Delusional Parasitosis: Diagnosis and Treatment. *Isr Med Assoc J*. 2018;20:456-60.
10. Maher S, Hallahan B, Flaherty G. Itching for a diagnosis - A travel medicine perspective on delusional infestation. *Travel Med Infect Dis*. 2017;18:70-2.
11. Wolters FJ, Tinga LM, Dhana K, Koudstaal PJ, Hofman A, Bos D, et al. Life expectancy with and without dementia: a population-based study of dementia burden and preventive potential. *Am J Epidemiol*. 2018;188:372-381.
12. Berrios GE. Delusional parasitosis and physical disease. *Compr Psychiatry*. 1985;26:395-402.
13. Giese A-K, Rost NS. White Matter Disease. In: Sharma P, Meschia JF, editors. *Stroke Genetics*. Springer, Cham; 2017. p. 191-218.
14. Taylan Özkan A, Mumcuoğlu KY. Entomofobi ve Delüzyonel Parazitöz. *Turkish Soc Parasitol*. 2008;32:366-70.
15. Enoch MD, Ball HN, editors. *Uncommon psychiatric syndromes*. 4th ed. London: Arnold Publishers; 2001.

# Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu komorbiditesi olan ergen bir hastanın göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR) yöntemiyle tedavisi

*Treatment with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for an adolescent patient with comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder*

Hüsna Kaan<sup>1</sup>, Ali Karayağmurlu<sup>2</sup>, Nusret Soylu<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Dr.,<sup>2</sup>Uzm. Dr., <sup>3</sup>Prof., İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, İstanbul, Türkiye  
<https://orcid.org/0000-0002-2053-2894>-<https://orcid.org/0000-0001-5464-2891>-<https://orcid.org/0000-0001-9418-7301>

## ÖZET

Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (Eye Movement Desensitization and Reprocessing-EMDR) tekniği psikodinamik, bilişsel, davranışçı ve danışan merkezli yaklaşımlar gibi iyi bilinen farklı yaklaşımların öğelerini içeren Travma Sonrası Stres Bozukluğunda kullanılan etkili bir tedavi yöntemidir. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ve Zihinsel Yetersizlik gibi nörogelişimsel bozukluklarla birlikte görülebilmekte ve eştanı varlığında tedavisi zorlaşabilmektedir. Bu yazıda altı sene önce iki arkadaşının tacizine uğramış ve olaydan beş sene sonra kendisinde olayları tekrar hatırlama, kabus görme, keyif alamama gibi TSSB belirtileri ortaya çıkan DEHB ve Sınırdaki Mental Kapasite tanılarıyla takip edilen 16 yaşında bir erkek olgunun EMDR ile tedavisi tartışılacaktır.

**Anahtar Sözcükler:** EMDR, Ergen, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, DEHB

*(Klinik Psikiyatri Dergisi 2019;23:116-120)*

DOI: 10.5505/kpd.2020.19327

## SUMMARY

Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) is an effective treatment method used in posttraumatic stress disorder that combines well-known elements of the different approaches such as psychodynamic, cognitive, behavioral and client-centered approach. Posttraumatic stress disorder (PTSD) can be seen with neurodevelopmental disorders such as Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Intellectual Disability and may be difficult to treat in the presence of comorbidity. In this paper, it will be discussed how to successfully treat with EMDR a 16-year-old male patient with the diagnosis of ADHD and Borderline Mental Capacity who had been sexually abused by his two friends six years ago and had symptoms of PTSD such as, flashbacks, nightmares and not enjoying life.

**Key Words:** EMDR, Adolescent, Posttraumatic Stress Disorder, ADHD

## GİRİŞ

Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR; Eye Movement Desensitization and Reprocessing); psikodinamik, bilişsel, davranışsal farklı yaklaşımların bir araya geldiği bir psikoterapi yöntemidir (1). EMDR, rahatsız edici olayların işlenmesini hızlandırmak ve öğrenme sürecini iyileştirmek için belleğin algısal öğelerine (duygusal, bilişsel ve bedensel) odaklanmaktadır (2). Farklı ruhsal bozuklukların tedavisinde kullanılan EMDR'nin Travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) tedavisinde etkinliği birçok çalışmada gösterilmiştir. Bisson ve arkadaşlarının yaptığı bir metaanalizde Travma Odaklı Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve EMDR'nin TSSB'nin tedavisinde diğer terapilerden üstün olduğu bildirilmiştir (3,4).

TSSB doğal afetler, savaş, işkence, kaza ve tecavüz gibi önemli bir travmatik olaydan sonra, o olayı bizzat yaşayan veya tanık olan kişilerde ortaya çıkan bir bozukluktur. Kendisinin veya başkalarının fiziksel bütünlüğünü tehdit altında hisseden kişi, olaya korku ve çaresizlik duyguları ile tepki gösterir ve olayla ilgili akut dönem geçtikten sonra bile ısrarla olayı yeniden yaşıyormuş gibi hissetme ve olayı aklına getirmeme çabaları devam eder (5). TSSB gelişen olgulara majör depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, disosiyatif bozukluk, somatik belirti bozukluğu, konversiyon, psikoz gibi birçok ruhsal bozukluk eşlik edebilmektedir (6,7,8,9,10,11).

Aynı zamanda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ve Zihinsel Yetersizlik (ZY) gibi nörolojiksel bozukluklar da TSSB gelişimi için predispozan olabilmektedir (12,13). EMDR'nin yetişkin hastalarda kullanımı ile ilgili literatürde giderek artan miktarda yayın bulunmaktadır (14). EMDR'nin ergen hastalarda kullanımı ile ilgili ise nispeten az sayıda yayın bulunmaktadır. Özellikle DEHB ve ZY gibi psikoterapi yöntemlerinin kullanımında zorluk oluşturacak çoklu psikopatolojiye sahip ergen hastalarda EMDR'nin kullanımı ile ilgili bildiğimiz kadarıyla çok daha az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu yazıda cinsel travmadan altı sene sonra TSSB gelişen DEHB ve Sınır Mental Kapasite (SMK) tanıları ile takip edilen ergen bir

hastada EMDR'nin uygulanması ile ilgili bir vaka sunulacaktır.

## OLGU SUNUMU

16 yaşında erkek, anne baba ile birlikte yaşıyor. On yıldır kliniğimizde SMK ve DEHB tanıları ve metilfenidat tedavisi ile takip edilmektedir. Olgudan alınan anamnezde altı sene önce kendisinden üç yaş büyük iki çocuk tarafından kandırılarak apartmanın kalorifer dairesine götürülüp cinsel amaçla dokunmak yoluyla tacize uğradığı öğrenilmiştir. Son birkaç haftadır yaşadığı olayın her gün sık sık aklına geldiği, olayla ilgili kabuslar gördüğü, uykuya dalmakta zorluk çektiği, aniden sinirlenmelerinin olduğu öğrenilmiştir. Bunun yanı sıra olgudan alınan öyküde kendini korkak biri olarak gördüğü ve suçladığı, çaresizlik düşüncelerinin olduğu, hayatı yaşamaya değer bulmadığını ve hayattan keyif almadığını ifade etmekteydi. Olgunun özgeçmişinde bilinen bir fiziksel hastalığı olmadığı belirlenmiştir. Hastaya 2008 yılında uygulanan WISC-R testinde sözel puanı 70, performans puanı 75, genel puanı ise 77 olarak bulunmuştur. Görüşme sırasında olgu Klinik Global İzlem ölçeği (KGİ), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (CAPS) ile değerlendirildi. Olgunun psikometrik değerlendirmesinde KGİ:6 'ağır', BDE:32 'ağır', CAPS:57 'şiddetli' olduğu saptandı. Hastanın ruhsal durum muayenesinde duygudurumu depresif, anksiyöz; duygulanımı üzüntülü, düşünce içeriğinde depresif içerikli travmayla ilgili temalar mevcuttu, düşünce sürecinde herhangi bir bozulma yoktu. Hastaya DSM-5 tanı ölçütlerine göre mevcut tanılarına ek olarak Major Depresif Bozukluk ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanıları konuldu. Hastanın depresif şikayetleri için Fluoksetin 20mg/gün başlanması ve travmayla ilgili anıları için EMDR'nin uygulanması planlandı. Olgunun EMDR uygulanması yaz döneminde yapıldığından ve olgu bu dönemde DEHB için ilaç kullanmak istemediğinden ilk seans metilfenidat kullanılmadan yapıldı. Ancak seans esnasında olgunun dikkatinin çabuk dağıldığı ve yeterince koopere olamadığı gözlemlendi ve bu nedenle seans sonlandırıldı. Bir sonraki seansın, öncesinde uzun salınımlı Metilfenidat (OROS MPH) verilerek bir hafta sonra yapılması planlandı.

Hastanın tedavisi EMDR eğitimi almış bir terapist tarafından uygulandı. Sekiz aşamalı yapılandırılmış EMDR protokolü uygulandı (15). Uygulamadan bir saat önce DEHB nedeniyle dikkatinin dağılmaması için olguya metilfenidat tedavisi verilerek EMDR'ye başlandı. Öncelikle hastaya EMDR ile ilgili bilgi verildi ve uygulanan yöntem için olgudan ve ebeveyninden onam alındı. EMDR uygulamasıyla ilgili oturumlar arasında bilgi işlemlenin devam edebileceği anlatıldı. Bu sırada meydana gelebilecek rahatsız edici duygu ve/veya düşüncelerle baş edebilmesi için gevşeme ve solunum egzersizleri öğretildi ve birlikte güvenli yer oluşturuldu. Güvenli yerin çalışıp çalışmadığı olumsuz bir olay üzerinden test edildi. Sonrasında uygulanacak olan EMDR yöntemi için yaşadığı travmatik olayı en iyi temsil eden ve olayın en kötü kısmını oluşturan resimleri aklına getirmesi istendi. Resimlerle ilgili negatif kognisyonu 'Korkak ve çaresiz bir insanım.' ve bunun yerine inanmak istediği pozitif kognisyonu 'Güçlü bir insanım' olarak belirlendi. Pozitif kognisyonun kendisine ne kadar inandırıcı geldiği (VoC-Validity of Cognition) 1 tamamen yanlış 7 ise tamamen doğru olduğu, 1 den 7 ye kadar oluşan bir ölçekle değerlendirildi. VoC başlangıçta 1 idi. Negatif kognisyonun kendisini ne kadar rahatsız ettiğiyle ilgili olarak 0 nötr, 10 ise en yüksek rahatsızlık derecesi olmak üzere, 0 ile 10 arasında değerlendirildiği bir ölçekle puanlandırıldı. Rahatsızlık seviyesi ise (SUD) 9 idi. SUD belirlendikten sonra bu rahatsızlığı ile ilgili hangi duyguları hissettiği ve rahatsızlığın vücudunun neresinde hangi duyuma yol açtığı soruldu. Hastamızda oluşan en belirgin duygular korku ve çaresizlik duygularıydı. Tüm bunların rahatsızlıklarını ise göğsünde baskı şeklinde hissediyordu. Oturum sırasında oluşturulan güvenli yer hastanın olumsuz duygu ve düşüncelerinde rahatlamaya sağlayamadığından yeniden oluşturuldu. Olguya iki yönlü göz hareketleri ile uyarım verildi ve doksan dakika süren bir oturum uygulandı. Oturum sonrasında hastanın SUD seviyesi 1'e düşerken VOC seviyesi 6'ya yükseldi. Hastada EMDR uygulamasından sonra 'Ben korkak ve çaresiz bir insan değilim. Cesur ve güçlü bir insanım.' şeklinde yeni bilişler ortaya çıktı. İki hafta sonra yapılan kontrol görüşmesinde hastanın olayla ilgili yeniden yaşantılarının ve olumsuz bilişlerinin belirgin olarak gerilediği, depresif duygu durumunun azaldığı, ani sinirlenme ve ir-

kilme belirtilerinin normale döndüğü öğrenildi. Bu görüşmede yeniden uygulanan psikometrik testlerde; KGİ:2 'şüpheli' BDE: 9 'depresyon yok' CAPS: 14 'hafif/eşikaltı' olarak belirlendi. Hasta EMDR oturumlarından sonra altı ay boyunca iki ay aralıklarla düzenli kontrole çağırıldı ve bu süreç içerisinde eşik altı depresif şikayetleri için Fluoksetin 20 mg/gün tedavisine ve süregelen DEHB şikayetleri için Metilfenidat (OROS MPH) 36 mg/gün medikal tedavisine devam edildi. Bu takiplerde olgunun iyilik halinin devam ettiği gözlemlendi.

## TARTIŞMA

Bu yazıda DEHB ve SMK tanıları ile on sene dir takip edilen 16 yaşında erkek bir olgunun TSSB ve MDB için EMDR yöntemi ile tedavisi sunulmuştur. TSSB tanısı alan olguların yaklaşık yarısının eş zamanlı olarak Majör Depresif Bozukluk tanısı aldığı bilinmektedir (16). Bununla birlikte Bernardy ve Friedman yalnızca TSSB'si olan hastaların, TSSB ve majör depresif bozukluk komorbiditesi olan hastalara oranla farmakolojik tedaviye yanıt verme oranlarının azaldığını bildirmişlerdir (17). Ayrıca Hoskins ve arkadaşlarının yayınladığı metaanalize göre farmakolojik ajanlar TSSB tedavisinde düşük etki büyüklüğüne sahiptirler (18). Psikoterapilerin TSSB tedavisinde etkili olduğu ve psikofarmakolojik ajanlarla birlikte uygulandığından etki büyüklüğünün arttığı bilinmektedir (19). Bu nedenle olgumuzun tedavisinde EMDR ve psikofarmakoloji eşzamanlı olarak kullanılmıştır.

TSSB'nin hem DEHB hem de ZY tanıları olan hastalarda normal popülasyona göre daha sık görüldüğü bilinmektedir (12, 13). Spencer ve arkadaşları yayınladıkları metanalizde DEHB ve TSSB'nin birbirlerini iki yönlü arttırabildiklerini belirtmişlerdir (20). Soylu ve arkadaşları cinsel istismar mağduru çocuklarla yaptıkları çalışmada normal gelişim gösteren çocuklara kıyasla zihinsel yetersizliği olan olguların daha yüksek oranlarda tekrarlayan cinsel istismara maruz kaldıklarını saptamışlardır (21).

EMDR'nin TSSB'nin tedavisinde kullanılan etkili bir yöntem olduğu birçok çalışmada gösterilmekle

birlikte TSSB ile yüksek komorbidite gösteren DEHB ve/veya ZY tanılı olgularda EMDR yönteminin uygulanmasıyla ilgili az sayıda vaka bildiri mi bulunmaktadır. Mewissen ve arkadaşları zihinsel yetersizlik ve TSSB tanıları olan 4 olguda EMDR kullanmış ve EMDR'nin etkili olduğunu bildirmişlerdir (22). Benzer şekilde Broad ve arkadaşları da DEHB ve TSSB semptomları olan hastalara EMDR uygulamış ve tedavi sonrasında hem TSSB hem de DEHB belirtilerinde belirgin azalma olduğunu saptamışlardır (23). Bizim olgumuzda ise yukarıdaki olgulardan farklı olarak hem DEHB hem de SMK tanıları bulunmaktaydı. Olgumuz EMDR'nin DEHB ve ZY olan hastalarda da uygulanabileceğini ve etkili olabileceğini düşündürmektedir. EMDR'nin TSSB'de belirtilerde birçok tedaviden daha hızlı düzelmeye sağladığı ve daha az tedavi seansı gerektirdiği bildirilmiştir (3,4). Özellikle DEHB'nin bu tür olgularda uzun süreli tedavi yöntemleri için bir zorluk oluşturabileceği, böyle olgularda EMDR'nin alternatif bir tedavi olabileceği dikkate alınmalıdır.

Olgumuz DEHB'nin eşlik ettiği olgularda EMDR öncesi DEHB'ye yönelik etkin bir tedavinin başlanması gerektiğini göstermektedir. Ayrıca EMDR esnasında dikkati çabuk dağılan, yeterince koopere olamayan olgularda komorbid DEHB'nin de düşünülmesi gerektiğini göstermektedir. Benzer şekilde Ermiş ve arkadaşları da çocuk çağında maruz kaldığı bir cinsel travma sonrası vajinismus belirtileri gelişen DEHB tanılı bir olguya metilfenidat tedavisiyle EMDR yöntemini uygulamış ve hastanın vajinismus belirtilerinde belirgin iyileşme olduğunu bildirmişlerdir (24). Psikostimulanlardan methylenedioxymethamphetamine'in (MDMA) TSSB belirtileri için psikoterapi yöntemleri ile birlikte kullanılması ile ilgili literatürde giderek artan miktarda yayın bulunmaktadır (25). Ancak bildiğimiz kadarıyla metilfenidatın TSSB için uygulanan psikoterapi yöntemleri ile birlikte kullanılması ile ilgili çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu konuyla ilgili yapılacak yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Klinisyenlerin DEHB ve ZY komorbiditesi olan olgularda TSSB belirtileri için EMDR'nin uygulanabilir ve etkili bir tedavi yöntemi olabileceğini akıllarında bulundurmaları tedavi ve takip açısından faydalı olacaktır.

---

Yazışma Adresi: Dr. Hüsna Kaan, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye husnakaan@yahoo.com

---



## KAYNAKLAR

1. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and the anxiety disorders: Clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety disorders*. 1999;13:35-67.
2. Shapiro F, Maxfield L. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *Psychotherapy in Practice*. 2002;58:933-946.
3. Lazrove S, Triffleman E, Kite L, McGlashan T, Rounsaville B. An open trial of EMDR as treatment for chronic PTSD. *Am J Orthopsychiatry*. 1998;68:601-608.
4. Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;18:CD003388.
5. Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry. Sadock BJ, Sadock VA, editors. New York: Lippincott Williams & Wilkins. 2005.
6. Widom CS, DuMont K, Czaja SJ. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Archives of general psychiatry*. 2007;64:49-56
7. Dai W, Kaminga AC, Tan H, Wang J, Lai Z, Wu X, Liu A. Comorbidity of post traumatic stress disorder and anxiety in flood survivors. *Medicine*. 2017;96: e7994-e7994.
8. Carrion VG, Steiner H. Trauma and dissociation in delinquent adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2000;39:353-359.
9. Wijma K, Samelius L, Wingren G, Wijma B. The association between ill-health and abuse: A cross sectional population based study. *Scandinavian journal of psychology*. 2007;48:567-575.
10. Roelofs K, Keijsers GP, Hoogduin KA, Näring GW, Moene FC. Childhood abuse in patients with conversion disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159:1908-1913.
11. Burns JK, Jhazbhay K, Esterhuizen T, Emsley R. Exposure to trauma and the clinical presentation of first episode psychosis in South Africa. *Journal of psychiatric research*. 2011;45:179-184.
12. Morano JP. Sexual abuse of the mentally retarded patient: Medical and legal analysis for the primary care physician. *Primary Care Companion to the Journal of clinical Psychiatry*. 2001;3:126-135
13. Biederman J, Petty C, Spencer TJ, Woodworth KY, Bhide P, Zhu J, Faraone SV. Is ADHD a risk for post traumatic stress disorder (PTSD)? Results from a large longitudinal study of referred children with and without ADHD. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2014;15:49-55.
14. Jeffries FW, Davis P. What is the role of eye movements in eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for post-traumatic stress disorder (PTSD)? A review. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2013;41:290-300.
15. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures. Guilford Press. 2001.
16. 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(3):299-309.
17. Bernardy NC, Friedman MJ. Psychopharmacological strategies in the management of posttraumatic stress disorder (PTSD): What have we learned? *Curr Psychiatry Rep*. 2015;17:564.
18. Hoskins M, Pearce J, Bethell A, et al Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2015;206(2):93-100.
19. Pratchett LC, Daly K, Bierer LM, & Yehuda R. New approaches to combining pharmacotherapy and psychotherapy for posttraumatic stress disorder. Expert opinion on pharmacotherapy. 2011;12:2339-2354.
20. Spencer AE, Faraone SV, Bogucki OE, Pope AL, Uchida M, Milad MR, Biederman J. Examining the association between posttraumatic stress disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. 2016.
21. Soylu N, Şentürk P, Ayaz M, Sönmez S. Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerde ruh sağlığını etkileyen etkenlerin araştırılması. *Anatolian Journal of Psychiatry Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2012;13:4.
22. Mevissen L, Lievegoed R, De Jongh A. EMDR treatment in people with mild ID and PTSD: 4 cases. *Psychiatric Quarterly*. 2011;82:43-57.
23. Broad RD, Wheeler K. An adult with childhood medical trauma treated with psychoanalytic psychotherapy and EMDR: a case study. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2006;42:95-105.
24. Ermiş B, Kaya B, Alpak G. Bipolar Bozukluk ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanıları ile İzlenen Bir Olguda Eşlik Eden Vajinismusun EMDR ile Tedavisi. 2014;25 suppl 2: 79
25. Slomski A. MDMA-assisted psychotherapy for ptsd. *JAMA*. 2018;319:2470-2470.