ISSN 1302-0099 / e-ISSN 2146-7153

KLİNİK psikiyatri

www.klinikpsikiyatri.org DERGİSİ

Yıl / Year: 2020 *Cilt / Volume: 23*

Sayı Number 3

ANP Yayıncılık

KLİNİK PSİKİYATRİ DERGİSİ

KLİNİK PSİKİYATRİ DERGİSİ

Yıl / Year 2020 • Cilt / Volume 23 • Sayı / Number 3

KLİNİK psikiyatri
THE JOURNAL OF CLINICAL PSYCHIATRY DERGİSİ

www.klinikpsikiyatri.org

ISSN: 1302-0099/e ISSN:2146-7153 Yıl: 2020 Cilt: 23 Sayı: 3

İçindekiler / Contents

Editörden / *Editorial*

246 **COVID-19 ve Toplum Ruh Sağlığı**
COVID-19 and Community Mental Health
Meram Can Saka

Araştırma Yazıları / *Research Articles*

248 **Premenstrüel disforik bozukluğu olan hastaların sıkıntıya ve rahatsızlığa dayanma düzeylerinin ve fonksiyonel olmayan tutumlarının incelenmesi**
Evaluation of dsyfunctional attitudes, distress and discomfort tolerance levels in patients with premenstruel dysphoric disorder
Gamze Erzin, Oğuzhan Kılınçel, Şenol Bayram, Osman Hasan Tahsin Kılıç, Vahap Ozan Kotan, Güven Özkaya, Erol Göka, Kadir Özdel

256 **Bir ayaktan tedavi birimine başvuran alkol ve madde kullanım bozukluğu tanılı kadın hastalarda klinik özellikler, ek ruhsal hastalıklar ve tedavi sonuçları: Retrospektif bir çalışma**
Clinical features, comorbid mental disorders and treatment outcomes in female patients with alcohol and drug use disorder admitted to an outpatient treatment unit: A retrospective study
Ebru Aldemir

266 **Depresyon ile gelecege yönelik öngörüler ve yürütsel islevler degiskenleri arasindaki iliskilerin incelenmesi**
Examination of the relationship between depression, future expectations, and several executive function variables
Hasan Ergüler, Aysegül Durak Batigün

274 **Okulu birakan ergenlerde depresyon ve anksiyete düzeylerinin degerlendirilmesi**
Evaluation of depression and anxiety levels in school dropout adolescents
Mehmet Karadağ

280 **Psikiyatri poliklinigine basvuran hastalarin siddeti tanima ve siddetten etkilenme durumu**
Recognition of violence and being affected by violence in psychiatric outpatients
Elif Nurgül Sungur, Ezgi Hanci Yenigün, Nalan Kalkan Oguzhanoglu, Bengü Yücens

290 **Glasgow antipsikotik yan etkilerini değerlendirme ölçeginin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirligi**
Validity and reliability of the Turkish version of the Glasgow antipsychotic side effect scale
Esma Akpinar Aslan, Sedat Batmaz, Özgür Ahmet Yüncü, Neslihan Sevil, Burcu Erkek

302 **Bipolar bozuklukta anksiyete duyarliligi algilanan stres ve dürtüsel davranislar iliskisi**
The association between anxiety sensitivity, perceived stress and impulsive behaviors in bipolar disorder
Mehmet Emin Demirkol, Lut Tamam, Zeynep Namli, Kerim Ugur, Mahmut Onur Karaytug

313 **Akademisyenlerin mobbing algilari ile is doyumu iliskisinde duygusal tükenmenin araci rolü**
The mediating role of emotional exhaustion on mobbing perception and job satisfaction of academicians
Ayfer Öztürk

326 **Ergen yas grubunda aleksitimi ve sürekli kaygi düzeyi iliskisinde düsünce eylem kaynasmasinin araci rolünün incelenmesi**
Investigating the mediating role of thought-action fusion in the relationship between alexithymia and trait anxiety levels in an adolescent population
Mesut Yavuz, Burak Akdeniz, Armagan Akyol, Hicran Çagla Kurt, Cemile Bilgis, Asli Çolak, Dogukan Akbay, Beyza Ekiz, Muhammed Tayyib Kadak

333 **Major depresif bozukluk tanili hastalarin bireysel farkliliklari üzerine dokuz tip mizaç modeli odakli bir inceleme**
Evaluating individual differences in patients with major depressive disorder focused on nine types temperament model
Mehmet Fatih Üstündag, Enver Demirel Yilmaz, Kerim Ugur, Özge Ünal, Ahmet Herdem, Orkun Aydin, Omer Aydemir

343 **Hipnoterapinin obezite hastalarýndaki depresyon ve anksiyete düzeylerine etkisi**
The effect of hypnotherapy on depression and anxiety levels in obesity patients
Erdal Ersan

Derleme / *Review*

352 **Psychometric properties of compulsive internet use scale (CIUS): A systematic review and meta-analysis**
Masumeh Ghazanfarpour, Hossein Dabiriyan Tehrani, Nasrin Khajeali, Abbas Keshtkar, Masoudeh Babakhanian

364 **Sizotipi kavrami ve sizotipal kisilik bozuklugu**
The concept of schizotypy and schizotypal personality disorder
Emre Misir, Koksal Alptekin

375 **Çocuk ve ergenlerde bipolar bozukluk manik epizodda (BPB-ME) plasebo kontrollü ilaç çalismalari: Sistematik derleme, meta-analiz ve plasebo yaniti üzerine bir meta-regresyon**
Placebo-controlled pharmacological trials in child and adolescents with bipolar disorder manic episode (BPD-ME): Systematic review, meta-analysis and a meta-regression on placebo response
Remzi Ogulcan Çiray, Pelin Hançer, Mustafa Tunçtürk, Neslihan Inal Emiroglu

KLİNİK psikiyatri
THE JOURNAL OF CLINICAL PSYCHIATRY DERGİSİ
Yıl: 2020 Cilt: 23 Sayı: 3

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, Mehmet Ak, Ömer Faruk Akça, Hatice Aksu, Evrim Aktepe, Kürşat Altınbaş, Ercan Altınöz, Vesile Altınyazar, M.İlhan Atagün, Nuray Atasoy, İnci Meltem Atay, Fatih Bal, Koray Başar, Ayşegül Batıgün, Sedat Batmaz, Öznur Bilaç, Çilem Bilginer, Can Cimilli, Necip Çapraz, Rugül Köse Çınar, Hidayet Ece Çelik, Gonca Gül Çelik, Veysi Çeri, Aykut Çobadak, Ebru Çobanoğlu, Esra Yancar Demir, Esra Demirci, Onur Okan Demirci, Artuner Deveci, Berker Duman, Lale Gönenir Erbay, Almıla Erol, Gamze Erzin, Damla Eyüboğlu, Murat Eyüboğlu, Cem Gökçen, Gülcan Güleç, Esra Güney, Nermin Gürhan, Mükerrem Güven, Ceyda Güvenç, Çiçek Hocaoğlu, Hale Kahyaoğlu, Ali Kandeğer, Alp Karaosmanoğlu, Önder Kavakçı, Ayşegül Koç, Kaan Kora, Sezen Köse, Umut Kırlı, Anıl Kırmızı, Şennur Kışlak, Yüksel Kıvrak, Ferdi Köşger, Nesim Kuğu, Yaşar Kuzucu, Çağdaş Öykü Memiş, Elif Mutlu, Arzu Önal, Bedriye Öncü, Demet Güleç Öyekçin, Azize Atlı Özbaş, Özlem Özel Özcan, Osman Özdel, Şeref Özer, Taner Öznur, Ayşe Gül Yılmaz Özpolat, Didem Öztop, Mine Öztürk, Şermin Yalın Sapmaz, Burcu Akın Sarı, Gökhan Sarısoy, Murat Semiz, Haldun Soygür, Birsen Pilan Şentürk, Okan Taycan, Atilla Tekin, Fuat Torun, Ali Evren Tufan, İbrahim Tuğrul, Selim Tümkaya, Şule Aydın Türkoğlu, Kerim Uğur, Çisem Utku, Süheyla Ünal, Sevginar Vatan, Pınar Vural, Özhan Yalçın, Ferhat Yaylacı, Ahmet Yasin, Esra Yazıcı, Aynıl Yenel, Duygu Kaya Yertutanol, Abdullah Yıldırım, Sevler Yıldız, 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/ Psycological Abstracts (2004 yılından itibaren)
TÜBİTAK/ULAKBIM-Türk Tip 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 yilinden 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.

COVID-19 ve Toplum Ruh Sağlığı

COVID-19 and Community Mental Health

Meram Can Saka[1]
[1]Prof. Dr., Klinik Psikiyatri Dergisi Editörü,
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Ankara, Türkiye https://orcid.org/0000-0002-4647-1807

COVID-19 salgınında hem ülkemizde hem ABD başta olmak üzere dünya genelinde tekrar bir yükseliş görülmekte, diğer yerlerde ümit edildiği kadar hızlı bir azalma görülmemektedir. Kişisel tutumlar öne çıkarılmaya çalışılsa da ekonomik ihtiyaçların öncelenmesi ile fazla hızlı başlanan bir gevşeme bu gidişte etkili gibi görünmektedir. Güncel tablo salgının çok yaygın ruh sağlığı sorunlarına neden olduğu ve önümüzdeki dönemde psikiyatrik problemlerin toplum sağlığı açısından büyük bir önem taşıyacağını göstermektedir. Ebola salgını sırasında hastalığı geçirenlerin ve yakınlarının neredeyse yarısında Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Depresyon gibi psikiyatrik sorunlara rastlandığı bildirilmiştir (1). Çin'de COVID 19 salgınının başlamasından 1 ay sonra yapılan bir taramada çok yüksek oranda psikiyatrik şikayetlerle karşılaşılmıştır (2).

Günümüzde salgın kontrolü ve psikiyatrik sonuçlarının engellenmesine yönelik hem toplumsal hem idari tutumlarla ilgili sorunlarla karşı karşıyayız. Salgının ilk günlerinden itibaren hastalığın başladığı veya yoğun görüldüğü bölgelerden olan, kronik hastalıkları olan, ileri yaştaki kişilerin ve sağlık görevlilerinin damgalandığını ve ayırımcılığa maruz kaldığını gördük. Koruma tedbirlerinin yeterli uygulanmaması, maske kullanımı, hijyen önerilerinin takip edilmemesi, kalabalık, kapalı alanlarda etkinliklerden kaçınılmaması bulaş açısından risk oluşturmaktadır. Uzun sosyal temas yokluğu, başta ileri yaştakiler, çocuk ve ergenlerin uzun süre sosyal ve fiziksel etkinliklerden yoksun kalması, kayıplar ve ardından gelen yas, maddi zorluklar var olan psikiyatrik sorunların, alkol madde kullanım bozukluklarının şiddetlenmesinde veya yenilerinin tetiklenmesinde etkili olabilmekte, zaten büyük bir sorun olan aile içi şiddet kendini daha da fazla göstermektedir. Aylar geçtikçe tüm kesimlerde yorgunluk ve bıkkınlık birikmekte, toplum için önlemleri sürdürmek, sağlık çalışanları için yoğun, titiz, gerginliğe rağmen çalışmayı daha da zorlu hale getirmektedir.

İdari tutumlar zaten uyumda zorluk çeken, sağlık çalışanlarının ve toplumun işini daha da zorlaştırmaktadır. Hastalığın sıklığı, dağılımı ile ilgili güncel ve güvenilir bir bilgiye ulaşmak ilk günden beri mümkün olmamıştır. Bilimsel yayınlara kontrol, yasak getirilmesi güvensizliği ve tehlikenin tam olarak görülemediği duygusunu şiddetlendirmektedir. Ekonomik ve sosyal ihtiyaçların epidemiyolojik veriler ve uzmanlık değerlendirmelerinin önünde ele alınması ile başlatılan gevşeme süreci salgının ve duygusal yükünün artarak devamına neden olmaktadır. Üstüne üstlük işler, görevini yapmaya canla başla çalışan bilim insanlarına bilgi verdikleri için soruşturma açmaya gidecek kadar "bilim" ekseninden çıkmıştır (3).

Toplumun güvenilir ve güncel bilgiye ulaşmasının sağlanması, salgın yönetiminin bilimsel temellerde ve belirli, açıkça ortaya konmuş prensiplere göre, keyfilikten, kişisellikten uzak yönetilmesi hem salgının gidişini hem de duygusal ve toplumsal iyiliğimizi etkileyecektir. Psikiyatrik hizmetlerin önce sağlık çalışanları sonrasında da toplum tarafından kolay ulaşılır ve yüksek kalitede sağlanabilmesi salgının olumsuz etkileri açısından belirleyici önem taşımaktadır.

Psikiyatrik hizmetler birçok kurumda uzaktan müdahaleler ile de sürdürülmekte, hastaneden bulaş riskine karşı veya hastanelere ulaşma imkanı kısıtlı hastalarımıza destek amaçlı tercih edilmekte-

DOI: 10.5505/kpd.2020.27167
Makalenin geliş tarihi: 06.07.2020, Yayına kabul tarihi: 07.07.2020

dir. Kurumların ve hekimlerin inisiyatifi ile sürdürülen uzaktan hizmetler herhangi yönetmelik olmadığı için kişisel risk alarak yapılmaktadır. Uzaktan reçete, rapor oluşturma ile ilgili kurum ve hekim yetkilendirilmesine yönelik düzenlemelerin hızla oluşturulmasına ihtiyaç vardır.

Yazışma adresi: Prof. Dr. Meram Can Saka, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Ankara Türkiye meramcansaka@gmail.com

*Prof.Dr. Meram Can Saka TTB COVID-19 Danışma ve İzleme Kurulu üyesidir ve bu metin TTB COVID-19 4 Ay Raporu için de sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Kamara S, Walder A, Duncan J, Kabbedijk A, Hughes P, Muana A. Mental health care during the Ebola virus disease outbreak in Sierra Leone. Bull World Health Organ. 2017;95:842-847.

2. Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S, Wang Y, Fu H, Dai J. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. PLoS One. 2020;15:e0231924. doi:10.1371/journal.pone.0231924

3. Türk Tabipleri Birliği web sayfası. Erişim Tarihi 5 Temmuz 2020 https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=76a93df2-bb99-11ea-8f0a-f27fa5bec9b4

Premenstrüel disforik bozukluğu olan hastaların sıkıntıya ve rahatsızlığa dayanma düzeylerinin ve fonksiyonel olmayan tutumlarının incelenmesi

Evaluation of dsyfunctional attitudes, distress and discomfort tolerance levels in patients with premenstruel dysphoric disorder

Gamze Erzin[1], Oğuzhan Kılınçel[2], Şenol Bayram[3], Osman Hasan Tahsin Kılıç[4], Vahap Ozan Kotan[5], Güven Özkaya[6], Erol Göka[7], Kadir Özdel[8]

[1]Uzm. Dr., [8]Doç. Dr., Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara, Türkiye https://orcid.org/0000-0001-8002-5053-https://orcid.org/0000-0002-3712-9444
[2]Uzm. Dr., Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Sakarya, Türkiye https://orcid.org/0000-0003-2988-4631
[3]Uzm.Dr., Ankara Şehir Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara, Türkiye https://orcid.org/0000-0001-9111-9936
[4]Uzm.Dr., İzmir Demokrasi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye https://orcid.org/0000-0001-7070-6808
[5]Uzm.Dr., Uppsala Üniversite Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Uppsala, İsveç https://orcid.org/0000-0003-0798-4850
[6]Doç.Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı,Bursa, Türkiye https://orcid.org/0000-0003-0297-846X
[7]Prof.Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye https://orcid.org/0000-0001-7066-2817

ÖZET

Amaç: Bu araştırma makalesinde premenstrüel disforik bozukluğun sıkıntıya ve rahatsızlığa dayanma düzeylerine olan olası etkilerini ve bu bireylerdeki fonksiyonel olmayan tutumları araştırdık. **Yöntem:** Çalışmamızda toplam 218 kişi ile görüşme yapıldı. Adet Öncesi Belirtileri Tarama Gereci (AÖBTG)'ne göre PMDB olabilecek kişiler 8 hafta boyunca izlendi ve 31 kişi PMDB tanısı aldı. Bu kişiler ile yaş ve vücut kitle indeksi (VKİ) olarak eşleşen, AÖBTG'ye göre eşik altı belirtilerine sahip olanlar ve PMDB'a sahip olmayanlar çalışmamıza dahil edildi. Her bir örnek için Sıkıntıya Dayanma Ölçeği (SDÖ), Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği (RDÖ), Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği- kısa formu (FOTÖ-kf) doldu-ruldu. **Bulgular:** Sıkıntıya Dayanma Ölçeği'nin öz yeterlilik alt puanları; PMDB olmayan grupta, PMDB olan grupta ve eşik altı belirtilere sahip olan gruptakilere göre daha yüksek bulundu. FOTÖ-kf'nun toplam puanı PMDB olanlarda, PMDB olmayan ve eşik belirtilere sahip olan gruptakilere göre daha yüksek saptandı. PMDB olanlarda RDÖ'nin rahatsızlıktan kaçınma alt puanı, PMDB olmayanlara ve eşik altı belirtilere sahip olanlara göre daha yüksek saptandı. **Sonuç:** Sonuç olarak PMDB'u olan kadınlar, rahatsızlıktan kaçınma davranışlarını en aza indiren ve premenstrual sendromun olumsuz bedensel duyumları ile baş etmelerini kolaylaştıracak ve bu bedensel ve ruhsal olan rahatsız edici duyumlara yönelik fonksiyonel olmayan tutumların gelişmesini önleyen koruyucu tedavi modalitelerinden yararlanabilirler.

Anahtar Sözcükler: Premenstrüel disforik bozukluk, rahatsızlığa dayanma, sıkıntıya dayanma, fonksiyonel olmayan tutumlar

SUMMARY

Objective: In this research article, we investigated the possible effects of premenstrual dysphoric disorder on distress and discomfort tolerance levels as well as dysfunctional attitudes on individuals with this disorder. **Method:** In our study, 218 people were interviewed in total. People who could possibly have PMDD according to Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) were monitored for 8 weeks and 31 people were diagnosed with PMDD. People without PMDD and having under threshold symptoms for PMDD according to PSST who have matching age and BMI were also included in the study. Distress Tolerance Scale (DTS), Discomfort Intolerance Scale (DIS), Dysfunctional Attitude Scale-short forms (DAS-sf) were filled for each sample. **Results:** DTS self-efficacy scores were found to be higher in group without PMDD than the groups with PMDD and having under threshold symptoms. DAS-total score was found to be higher in group with PMDD than the groups without PMDD group and having under threshold symptoms group. Discomfort avoidance subscale score of distress tolerance scale was found to be higher compared to participants without PMDD and participants having below threshold symptoms. **Discussion:** Women with PMDD may benefit from preventive treatment modalities that minimize discomfort and avoidance behaviours and facilitate their coping with negative bodily sensations of premenstrual syndrome and prevent the development of dysfunctional attitudes toward these bodily and mental disturbing sensations.

Key Words: Premenstrual dysphoric disorder, discomfort tolerance, distress tolerance, dsyfunctional attitudes

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2020;23:248-255)
DOI: 10.5505/kpd.2020.09216

Makalenin geliş tarihi: 11.11.2019, Yayına kabul tarihi: 09.02.2020

GİRİŞ

Premenstruel sendrom kadınlarda menstruel döngünün geç luteal dönemde memelerde şişkinlik, kırgınlık, baş ağrısı gibi fiziksel, depresif duygudurum, irritabilite, gerginlik gibi ruhsal belirtilerle kendini gösteren bir tablodur (1). Tarihçesi oldukça yenidir. 1953'te Greene ve Dalton tarafından kadınlardaki bu belirtilerin bir kısmı premenstruel sendrom olarak adlandırılmış, DSM'ye de 'geç luteal faz disforik bozukluk' olarak girmiştir (2).

Premenstrüel disforik bozukluk (PMDB), etiyolojisi tam olarak anlaşılamayan, biyolojik-hormonal teorilerle açıklanmaya çalışılan ve biyopsikososyal yaklaşımla ele alınan psikiyatrik bir durumdur. Bu nedenle günümüzde premenstruel sendromun etiyolojisini anlamaya ve tedavi modaliteleri geliştirmeye yönelik çalışmalarda artış mevcuttur. Bunun sebebi bu bozukluğun bir çok kadını fiziksel ve ruhsal açıdan etkilemesi, zaman zaman işgücü kaybına neden olacak derecede şiddeti artan ve işlevselliği bozan bir sağlık sorunu olmasından kaynaklanmaktadır. PMDB'nin altta yatan mekanizması henüz aydınlatılamamış olsa da önemli bir faktör olarak stresin olabileceği düşünülmektedir (3,4). Yüksek seviyedeki öznel ve nesnel stres PMDB başlangıcı için risk faktörüdür (5). Emosyonel düzenlemedeki yetersizlik de risk faktörlerinden biri olarak düşünülmektedir (6). Tedaviye yönelik ise; özellikle premenstrüel semptomların tedavisinde gevşeme, stres yönetimi ve fiziksel semptomların değerlendirmesini içeren protokollerin oldukça etkili olduğu saptanmıştır (7).

Premenstrüel disforik bozukluk, Ruhsal Bozuklukların Tanı ve Sayımsal Elkitabı 5'e göre (DSM-5) duygudurum bozuklukları sınıflandırmasında yer almıştır. Yapılan çalışmalar PMDB tanısı konan kadınlarda major depresyonun yaşam boyu yaygınlığının %70, gelişme riskinin ise PMDB olmayan kadınlara göre 14 kat artmış olduğunu saptamışlardır (8). PMDB'un hem duygudurum bozuklukları sınıflandırmasında yer alması hem depresyon ile ciddi oranda birliktelik göstermesi PMDB'ye sahip kişilerde rahatsızlığa ve sıkıntıya toleransta diğer duygudurum bozukluklarında özellikle depresyonda olduğu gibi bozulma olabileceğini akla getirmektedir (9).

Daha önce yapılan çalışmalarda sıkıntıya toleranssızlık ile ilgili yapıların depresyon, endişe, olumlu-olumsuz duygular ve genel belirti düzeyi ile beklenmedik yönde anlamlı ve güçlü ilişki gösterdiğini saptanmıştır (10). Sıkıntı toleransı, genellikle, olumsuz fiziksel duyumlar veya olumsuz etkili uyarıcılar gibi negatif etkili durumlara dayanmak için algılanan veya gerçekte olan bir beceri olarak tanımlanır (11). Çeşitli psikopatolojik modeller çeşitli bozuklukların sürmesinde ve gelişmesinde sıkıntı toleransının etkisinin olduğunu vurgulamışlardır (12). Sıkıntıya toleranstaki bozulmanın çok sayıda psikopatoloji durumları için bir risk faktörü olabileceği düşünülmektedir. Bunlar duygudurum ve anksiyete bozukluğu, madde kullanımı ve kişilik bozukluklarıdır (13-16). Rahatsızlığa dayanma ise sıkıntıya dayanmanın daha spesifik formudur. Daha çok ağrı benzeri ve bedenin otonomik reaksiyonları hakkındadır (17). Literatüre göre rahatsızlığa dayanma depresyon ile ilişkilidir (17). Yapılan çalışmalar duygudurum bozukluklarından birine (özellikle depresyona sahip olanlardaki gibi) sahip olanlarda fonksiyonel olmayan tutumların daha fazla oranda görülebileceğini düşündürmektedir (18).

PMDB'un hastane çalışanlarında yaygınlığı %10.9 olarak saptanmıştır. Bu denli sık görülen psikiyatrik bir bozukluk olmasına rağmen hem etiyolojiye yönelik hem de bozukluğun yönetimine yönelik çalışma sayısı oldukça azdır (19). PMDB'a sahip olan bireylerdeki sıkıntıya ve rahatsızlığa dayanma kapasitesinin değerlendirilmesi, fonksiyonel olmayan tutumların düzeyinin incelenmesi bu bozukluğun yönetimi açısından son derece önemlidir. Bu çalışma bozukluğun yönetimine yönelik literatüre katkıda bulunması amacıyla planlanmıştır. Daha önceki çalışmalarda depresyon ile ilişkisi gösterilmiş olan bu üç ölçek PMDB ile de ilişkili olabileceği hipotezi ile bu çalışmada birlikte kullanılmıştır.

Araştırmamızın hipotezi, PMDB'a sahip olan gruplarda, rahatsızlığa ve sıkıntıya dayanma düzeylerinin PMDB olmayan gruplara göre daha düşük, fonksiyonel olmayan tutumların ise daha yüksek

olduğu şeklindedir.

Bu çalışmanın amacı; premenstrüel disforik bozukluğa sahip olan, olmayan ve eşik altı belirtilere sahip olan kadınlar arasında rahatsızlığa dayanma düzeyleri, sıkıntıya dayanma düzeylerinde ve fonksiyonel olmayan tutumlara sahip olmaları açısından anlamlı fark olup olmadığını değerlendirmektir.

YÖNTEM

Katılımcılar

Örneklem, Ankara Numune Egitim ve Arastirma Hastanesi'nde çeşitli kliniklerde çalışan, çalışmaya katılımı kabul eden 18-45 yaş arasındaki kadınlardan oluşmaktadır. Çalışma örneği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Beşinci Baskı (DSM-5) doğrultusunda görüşme yapılan 218 katılımcıdan oluşmuştur. DSM-5 tabanlı görüşme (SCID I ve SCID II) bu konuda deneyimli iki psikiyatrist tarafından yapılmıştır. Aynı zamanda Eksen II Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu SCID-II yoluyla ve klinik görüşme sonrasında ek psiki-yatrik bozukluğa sahip olmayanlar çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmanın örneklemi doktorlar, stajyerler, hemşireler ve fizyoterapistler dâhil hastane çalışanlarından oluşmaktadır.

İlk olarak sosyodemografik veri formu her bir katılımcı için doldurulmuştur. Her bir katılımcının boy ve kilo ölçümü yapılarak vücut kitle indeksi hesaplanmıştır. Adet Öncesi Belirtileri Tarama Gereci (AÖBTG)'nde puanı PMDB'ye uyanlar ve DSM -5'ye göre PMDB tanı kriterlerini karşılayanlar 2 aylık izleme alınmış ve her bir olgudan iki ay boyunca PMDB için Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesi doldurmaları istenmiştir. Bu çizelgeyi dolduran ve bu çizelgeye göre PMDB tanısı alan 31 kişi ile, AÖBTG'nden eşik altı puan alan fakat PMDB tanısı almayan ve AÖBTG'ne göre PMDB olmayanlar arasından yaş ve vücut kitle indeksi (VKİ) eşleştirmesi yapılmış ve her katılımcı Sıkıntıya Dayanma Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısa Formu ile değerlendirilmiştir.

Çalışmaya, 18-45 yaş arasında, düzenli menstruasyon periyodu olan (25-45 gün arasında) 95 kadın katıldı. Tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş onam formu alındı. Çalışmamız için etik kurul onayı Ankara Numune Egitim ve Arastirma Hastanesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Çalışmaya katılanlar üç gruba ayrıldı. Grup 1: PMDB'u olan kadınlardan (n=31), Grup 2: Premenstrüel Sendromu olan (Ancak DSM-5 PMDB tanı ölçütlerini karşılamayan) (n=32) Grup 3: Minimal semptomu olan veya hiç premenstrüel semptomu olmayan kadınlardan (n=32) oluşmaktadır.

Zeka geriliği, demans ve diğer organik mental bozukluklardan birine sahip olmak, gebe olmak, aktif psikopatolojiye sahip olmak, psikiyatrik bir bozukluğa sahip olmak, oral kontraseptif ve/veya psikostimülan kullanmak dışlama kriterleri olarak belirlenmiştir.

Değerlendirme Araçları

Sıkıntıya Dayanma Ölçeği (SDÖ): Bu ölçek Simon ve Gaher tarafından 2005 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Saygın ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (13, 20). Türkçe versiyonunda; öz yeterlilik, tolerans ve regülasyon olmak üzere üç faktör mevcuttur (20).

Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısa Formu (FOTÖ-R): Ölçeğin orjinali, Weissman ve Beck (1978) tarafından geliştirilmiştir. Orjinalinde 40 madde vardır ve 1-7 Likert tipi puanlanır. Ölçeğin revize formunun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Batmaz ve Özdel (2016) tarafından yapılmıştır ve bu formda toplamda 13 madde vardır (21,22).

Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği (RDÖ): Bu ölçek Schmidt ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilmiştir. Rahatsızlığı ve ağrıyı tolere etme yeteneğiyle ve fiziksel rahatsızlıktan kaçınma derecesini kendi kendine değerlendirme ölçeğidir. Ölçek 7'li likert tipi sorulardan oluşmaktadır ve cevap seçenekleri 0 (bana hiç uygun değil) ve 6 (tümüyle bana uygun) arasında değişmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (23,24).

Premenstrüel Disforik Bozuklukta Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesi: Bu ölçek semptomların ileriye dönük değerlendirilmesini sağlayan 11 maddelik bir ölçektir. Her bir belirti için 0-6 arası puanlama kullanılmaktadır. Ardışık iki döngüde, adet öncesi bir haftalık (geç luteal) dönemde en az 2 ya da daha fazla gün, en az 4 puan olarak belirtilmiş depresyon, anksiyete, affektif labilite, öfke/ irritabilitenin bulunması ve 11 maddenin en az beşinin en az iki gün boyunca ve en az 4 olarak puanlanması ve en az 2 gün süre ile işlevselliği değerlendiren 3 maddeden birinin en az 4 olarak puanlanmış olması ile PMDB tanısı konulmuştur. Ölçek Endicott ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (25).

Adet Öncesi Belirtiler için Tarama Gereci (AÖBTG): Ölçek Steiner ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Türkçe'ye uyarlanmasında da Steiner ve arkadaşlarının çalışması temel alınmış ve premenstrüel disforik bozukluk için DSM-5 tanı ölçütleri kullanılmıştır (26-28).

İstatistiksel Analiz

Tüm istatistiksel analizler IBM SPSS 23.0 programı kullanılarak yapıldı. Sürekli değişkenler için sonuçlar ortalama ± standart sapma olarak gösterildi. Kategorik değişkenler frekans ve yüzde olarak tanımlandı. Normallik varsayımı Shapiro Wilk testi ile incelendi. İkiden fazla grup karşılaştırılmasında sürekli değişkenlerde normal dağılıma uyanlar veriler için tek yönlü ANOVA; normal dağılıma uymayan veriler için ise Kruskal Wallis testi kullanıldı. Anlamlı bulunan değişkenlerin ikili karşılaştırması için Bonferroni testi kullanıldı. Kategorik değişkenler Pearson'ın Ki-kare testi, Fisher'ın kesin testi ve Fisher-Freeman-Halton testi kullanılarak karşılaştırıldı. PMDB grubu ve diğer gruplar (eşik altı belirtilere sahip grup+ PMDB olmayan grup) arasında, ölçeklerin PMDB durumu ile ilişkilerini değerlendirmek için ileri lojistik regresyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Gruplar arasında yaş, VKİ, meslek, medeni durum, başka bir ameliyat, aile öyküsü, uyku sorunu, egzersiz durumu parametreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$). Üç grup arasında menarş yaşı, düşük sayısı, ilk hamilelik yaşı açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 1).

Ölçeklerin gruplar arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptandı ($p<0.05$) (Tablo 2). Ölçeklerin ikili karşılaştırmasında ise SDÖ öz yeterlilik alt grup puanı açısından PMDB olan grup ve olmayan grup arasında ve PMDB olmayan grup ve eşik belirtilere sahip olan grup arasında anlamlı olarak farklı tespit edilmiştir (sırasıyla, $p=0.004$, $p=0.010$). SDÖ tolerans alt grup puanı açısından PMDB olan grup ve olmayan grup arasında ve PMDB olmayan grup ve eşik belirtilere sahip olan grup arasında anlamlı olarak farklı tespit edilmiştir (sırasıyla, $p<0.001$, $p<0.001$). SDÖ regülasyon alt puanı açısından PMDB olan grup ve olmayan grup arasında ve PMDB olmayan ve eşik belirtilere sahip olan grup arasında anlamlı olarak farklı tespit edilmiştir (sırasıyla, $p=0.002$, $p=0.010$).

RDÖ-rd alt grup puanı açısından PMDB olan grup ve olmayan grup arasında ve PMDB olan grup ve eşik belirtilere sahip olan grup arasında anlamlı olarak farklı tespit edilmiştir (sırasıyla, $p=0.001$, $p<0.001$). RDÖ-rk açısından PMDB olan grup ve olmayan grup arasında ve PMDB olan grup ve eşik altı belirtilere sahip grup arasında anlamlı olarak farklı tespit edilmiştir (sırasıyla, $p<0.001$, $p<0.001$). FOTÖ-kf toplam puanı açısından PMDB olan grup ve olmayan grup arasında ve PMDB olan grup ve eşik altı belirtilere sahip grup arasında anlamlı olarak farklı tespit edilmiştir (sırasıyla, $P<0.001$, $P=0.001$).

RDÖ-rd puanındaki artış odds oranı değerinin 1'den küçük (0.87) olması nedeniyle PMDB riskini düşürmektedir. RDÖ-rk puanındaki bir birimlik artış PMDB tanısı alma riskini 1.26 kat arttırırken, FOTÖ-kf puanındaki bir birimlik artış PMDB tanısı alma riskini 1.10 kat arttırmaktadır. (Tablo 3).

TARTIŞMA

Bu alandaki birçok çalışmaya rağmen, bilgilerimize

Tablo 1. Gruplar arası sosyodemografik verilerin karşılaştırılması.

Değişkenler	PMDB grubu (n=31)	Eşik Altı Belirtilere sahip grup (n=32)	PMDB olmayan grup (n=32)	p
Yaş	30.13+6.83	27.91+7.14	28.72+7.10	0.450
VKİ	22.67+2.94	22.45+2.70	23.23+2.88	0.516
Meslek				
Hemşire	6 (%19.40)	9 (%28.10)	8 (%26.70)	
Doktor	15 (%48.40)	5 (%15.60)	7 (%23.30)	
Sekreter	5 (%16.10)	6 (%18.80)	5 (%16.70)	
Att	1 (%3.20)	2 (%6.30)	2 (%6.70)	0.386
Paramedik	0 (%0.00)	2 (%6.30)	1 (%3.30)	
Güvenlik	0 (%0.00)	0 (%0.00)	1 (%3.30)	
Psikolog	2 (%6.50)	1 (%3.10)	1 (%3.30)	
Fizyoterapist	0 (%0.00)	0 (%0.00)	1 (%3.30)	
Öğrenci	2 (%6.50)	7 (%21.90)	4 (%13.30)	
Medeni Durum				
Evli	13 (%41.90)	18 (%56.30)	18 (%56.30)	0.651
Boşanmış	3 (%9.70)	1 (%63.10)	1 (%63.10)	
Bekar	15 (%48.40)	13 (%40.60)	13 (%40.60)	
Kadın doğum ameliyatı	0 (%0.00)	3 (%9.40)	0 (%0.00)	0.104
Başka bir ameliyat	0 (%0.00)	2 (%6.30)	0 (%0.00)	0.326
Aile öyküsü				
Yok	24 (%77.40)	26 (%81.30)	28 (%87.50)	0.775
Anne	6 (%19.40)	5 (%15.60)	4 (%12.50)	
Baba	1 (%3.20)	1 (%3.10)	0 (%0.00)	
Uyku sorunu				
Yok	13 (%41.90)	15 (%46.90)	18 (%56.30)	
Nadiren	15 (%48.40)	14 (%43.80)	13 (%40.60)	0.755
Sıklıkla	3 (%9.70)	2 (%6.30)	1 (%3.10)	
Çok sık	0 (%0.00)	1 (%3.10)	0 (%0.00)	
Egzersiz durumu				
Evet	11 (%35.50)	6 (%18.80)	13 (%40.60)	0.145
Hayır	20 (%64.50)	26 (%81.30)	19 (%59.40)	

PMDB: Premenstrüel disforik bozukluk, VKİ: Vücut Kitle indeksi

göre bu çalışma PMDB olanlar, eşik altı belirtilere sahip olanlar ve PMDB olmayanlar arasında fonksiyonel olmayan tutumlara sahip olma, rahatsızlığa ve sıkıntıya dayanma düzeyleri açısından fark olup olmadığını değerlendiren ilk çalışmadır. Çalışmamızın sonucunda çalışmaya katılan (218) örneklemin %14.22'sinde PMDB saptanmıştır. Literatürde Fransız kadınlarla yapılan bir çalışmada bu oran %12 saptanmıştır (29). Yine bu çalışmada çalışmamız ile uyumlu olarak PMDB grubu ile PMDB olmayan grup arasında çalıştıkları işler arasında fark saptanmamıştır.

PMDB'un etiyolojisi net olarak açıklanamamış olsa da serotonerjik sistemdeki disregülasyon ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Serotonin miktarında azalma agresyon, zayıf impuls kontrolü, ağrı eşiğinde düşme, konsantrasyonda düşmeye sebep olabilir (30). Bu durum da PMDB olanlarda rahatsızlığa dayanma, sıkıntıya dayanma düzeylerinde azalmaya yol açabilir ve fonksiyonel olmayan tutumlar geliştirmesine sebep olabilir.

Rahatsızlığa dayanma yalnızca ağrılı uyarana dayanabilmeyi değil, rahatsız edici bütün uyaranları tolere edebilmeyi kapsar ve daha geniş bir duyusal alanla ilişkilidir (24). PMDB'de yalnızca ağrılı ya da somatik semptomların olmaması, aynı zamanda duyumsal rahatsızlık hissi de olması rahatsızlığa dayanma düzeylerinde sağlıklı kontrol grubuna göre farklılık olabileceğini göstermektedir. Nitekim çalışmamızda PMDB grubunda rahatsızlığa dayanma düzeyleri daha düşük, rahatsızlığa katlanamama düzeyleri ise kontrollere ve eşik altı belirtilere sahip olanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Çalışmamız sonucunda rahatsızlığa katlanamamak PMDB için risk faktörü olarak görünmektedir.

Çalışmamızda yine fonksiyonel olmayan tutumların PMDB için risk faktörü olduğu saptanmış ve FOTÖ toplam puanı PMDB grubunda, PMDB olmayanlara ve eşik altı belirtilere sahip olanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Tüm bu sonuçlar bu bozukluğa sahip olan kişilerin tedavisi sırasında fonksiyonel olmayan tutumların ele alınmasının

Tablo 2. Ölçeklerin puanlarının gruplar arası karşılaştırılması.

	PMDB (n=31)	Eşik Altı Belirtilere sahip grup (n=32)	PMDB olmayan grup (n=32) 32)	p
SDÖ- öz yeterlilik	9.84+2.20	9.97+1.63	11.13+1.21	**0.002**
SDÖ- tolerans	31.00+8.05	31.56+6.74	40.13+4.52	**<0.001**
SDÖ- regülasyon	9.16+2.46	9.38+2.87	11.57+3.05	**0.001**
RDÖ- rahatsızlığa dayanma	7.35+4.26	13.47+5.95	12.66+4.87	**<0.001**
RDÖ- rahatsızlıktan kaçınma	12.03+4.25	7.78+3.42	7.69+2.91	**<0.001**
FOTÖ-kf	30.77+10.60	22.44+9.90	19.94+4.63	**<0.001**

PMDB: Premenstrüel disforik bozukluk, SDÖ: sıkıntıya dayanma ölçeği, RDÖ: Rahatsızlığa Dayanma ölçeği, rd: Rahatsızlığa dayanma, rk: Rahatsızlıktan kaçınma. FOTÖ-kf: Fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği- kısa formu

önem arz edebileceğinin göstergesi olabilir. Çalışmamızın sonuçları ciddi premenstrüel semptomları olan kadınların emosyon regülasyonlarında daha az yardımcı stratejiler kullandıklarını gösteren çalışmaların sonucu ile paralellik göstermektedir (31,32). Fakat bu sonuçlar premenstrüel semptom varlığının stres ve yetersiz baş etme stratejileri üretmesinin bir sonucu olabileceği göz ardı edilemez (33).

Ölçeklerin ikili karşılaştırmasında ise SDÖ öz yeterlilik, SDÖ tolerans ve SDÖ regülasyon PMDB olmayanlarda, eşik düzey belirtilere sahip olan gruba ve PMDB grubuna göre daha yüksek saptanmıştır. Sıkıntıyı tolere etmek; davranış, ve duyguların düzenlenmesini çeşitli yönleriyle ortaya koyan üst düzey bir yapıdır (14). PMDB olmayan grupta sıkıntıya dayanma düzeylerinin ve alt gruplarının puanlarının daha yüksek çıkması, bize bu bozukluğun oluşumundaki olası mekanizmalar konusunda bilgi verebilir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yönleri

Örneklem küçüklüğü, çalışmamızın en önemli kısıtlılığıdır. Diğer bir kısıtlılık ise örneklemin bir hastaneden alınmış olmasıdır. Genel olarak ülkemizdeki hastane ortamı, çalışma hayatının en stresli olduğu yerlerden biridir. Her ne kadar bu durum çalışma sonuçlarımızı etkilemiş olsa da üç grubun da aynı hastanede çalışıyor olması bu kısıtlılığın etkilerini azaltmıştır.

Çalışmanın güçlü yönlerinden biri kontraseptif ilaçların depresyonun şiddetini arttırdığına yönelik çalışmalar (34) göz önüne alınarak kontraseptif kullananların çalışmaya alınmamasıdır. Herhangi bir psikiyatrik duruma ya da psikiyatrik bozukluğa sahip olmak değerlendirme sonuçlarını etkileyebileceğinden yine bu tür olgular çalışma dışı bırakılmıştır.

Çalışmamızın diğer güçlü yönlerinden biri, çalışmaya katılan tüm katılımcılara menarş yaşı, depresif şikayetlerle ilişkili olabileceği düşünülen şimdiye kadar yapmış olduğu düşükler ve ilk hamilelik yaşının sorulması ve değerlendirilmesidir (35-37). Bipolar bozukluk tanısı olan ötimik dönemdeki 126 hastanın değerlendirildiği çalışmada depresif epizod süresi toplamı ile menarş yaşı arasında negatif güçlü korelasyon saptanmıştır (38). Bu nedenle bu değişkenlerin çalışma sonuçlarını etkilememesi adına ayrıntılı sosyodemografik değerlendirme yapılmıştır.

Çalışmamızın güçlü yönlerinden bir diğeri de, Adet Öncesi Belirtileri Tarama Gereci'ne göre PMDB olabileceği düşünülen kişiler 8 hafta boyunca takip edilmiş ve PMDB tanısı kesin olarak bu şekilde konulmuştur. Prospektif olması yine çalışmamızın diğer bir güçlü yönüdür.

SONUÇ

PMDB'nin ortaya çıkmasını yordayan faktörlerin gelecekte yapılacak uzunlamasına bir çalışma ile

Tablo 3. PMDB tanısı alanlar ile kullanılan ölçekler arasındaki lojistik regresyon analizi.

Parametreler	Beta (β) değeri	± Standart Hata	OR(95%CI)	p değeri
RDÖ- rd	-0,137	0,061	0.87(0.77-0.98)	**0,024**
RDÖ- rk	0,244	0,086	1.26(1.07-1.51)	**0,005**
FOTÖ-kf	0,091	0,030	1.10(1.03-1.16)	**0,002**

PMDB: Premenstrüel disforik bozukluk, SDÖ: Sıkıntıya dayanma ölçeği, RDÖ: Rahatsızlığa Dayanma ölçeği, rd: Rahatsızlığa dayanma, rk: Rahatsızlıktan kaçınma. FOTÖ-kf: Fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği- kısa formu.

gösterilmesi faydalı olabilir. Çalışmamızdaki bulgular ışığında PMDB'a sahip olmak da sıkıntıya ve rahatsızlığa dayanıklılığı etkilemiş, fonksiyonel olmayan tutumların gelişmesine sebep olmuş olabilir ya da bu faktörler bozukluğun oluşmasının sebeplerinden biri olabilir. Her iki durum için de bu faktörlerin PMDB tanısı almış bireylerde göz önünde bulundurulması ve ayrıntılı olarak ele alınması önemlidir.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr., Gamze Erzin, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara, Türkiye gamze.erzin@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Türkçapar AF, Türkçapar MH. Premenstruel Sendrom ve Premenstruel Disforik Bozuklukta Tanı ve Tedavi: Bir Gözden Geçirme. Klinik Psikiyatri Dergisi 2011;14:241-253

2. Greene R, Dalton K. The premenstrual syndrome. Br Med J 1953;1(4818):1007– 1014.

3.Epperson, CN, Steiner M, Hartlage SA, Eriksson E, Schmidt PJ, Jones, I, Yonkers KA: Premenstrual dysphoric disorder: evidence for a new category for DSM-5 Am J Psychiatry 2012;169:465–475.

4.Beddig T, Kuehner C. Current aspects of premenstrual dysphoric disorder-a re- view Psychother Psychosom Med Psychol 2017; 67: 504–513.

5.Perkonigg A, Yonkers KA, Ster H, Lieb R, Wittchen HU. Risk factors for premenstrual dysphoric disorder in a community sample of young women: the role of traumatic events and posttraumatic stress disorder J Clin Psychiatry 2004; 65:1314–1322.

6. Eggert L, Witthöft M, Hiller W, Kleinstauber M. Emotion Regulation in Women with Premenstrual Syndrome (PMS). Explicit and Implicit Assessments. Cognit Ther Res 2016; 40: 747–763.

7. Hunter MS, Ussher JM, Cariss M, Browne S, Jelley R, Katz M. Medical (fluoxetine) and psychological (cognitive–behavioural therapy) treatment for premenstrual dysphoric disorder A study of treatment processes. J Psychosom Res 2002; 53: 811–817.

8. Yonkers KA. Antidepressants in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. J Clin Psychiatry 1997; 58:4-10.

9. Ellis AJ, Vanderlind WM, Beevers CG. Enhanced Anger Reactivity and Reduced Distress Tolerance in Major Depressive Disorder. Cogn Ther Res 2013;37:498-509.

10. Hartlage SA, Ardunio KE, Gehlet S. Premenstrual dysphoric disorder and risk for major depressive disorder: A preliminary study. J Clin Psychol 2001; 57:1571-1578.

11. Brown RA, Palm KM, Strong DR, Lejuez CW, Kahler CW, Zvolensky MJ, Gifford EV. Distress tolerance treatment for early-lapse smokers. Rationale, program description, and preliminary findings. Behav Modif 2008 ;32:302–332.

12. Zvolensky MJ, Hogan J. Distress Tolerance and its Role in Psychopathology. Cognit Ther Res 2013;3:419–420.

13. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. Motiv and Emot 2005; 29:83-102.

14. Allan NP, Macatee RJ, Norr AM, Schmidt NB. Direct and interactive effects of distress tolerance and anxiety sensitivity on generalized anxiety and depression. Cognit Ther Res 2014; 38: 30–40.

15. Corstorphine E, Mountford V, Tomlinson S, Waller S, Waller G, Meyer C. Distress tolerance in the eating disorders. Eat Behav 2007; 8: 91–97.

16. Schmidt NB, Richey JA, Cromer KR, Buckner JD. Discomfort intolerance: evaluation of a potential risk factor for anxiety psychopathology. Behav Ther 2007;38: 247–55.

17. Gratz KL, Rosenthal ZM, Tull MT, Lejuez CW, Gunderson JG. An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. J Abnorm Psychol 2006; 115: 850–855.

18. Leyro TM, Zvolensky MJ, Bernstein A. Distress tolerance and psycho- pathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. Psychol Bull 2010; 136: 576–600.

19. Özeren, A., Atila, D., & Helvacı, M.. Hastane çalışanlarında premenstrüel sendrom ve depresyon ile ilişkisi.Tepecik Eğit Hast Derg 2013; 23: 25-33

20. Sargin AE, Özdel K, Utku Ç. Kuru E, Alkar ÖY, Türkçapar MH. Distress Tolerance Scale: A Study of Reliability and Validity. JCBPR; 1(2): 152–161.

21. Weissman AN, Beck AT. Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation. Annual Meeting of the American Educational Research Association 1978, Toronto, Ontario

22. Batmaz S, Ozdel K.Psychometric properties of the revised and abbreviated form of the Turkish version of the dysfunctional attitude scale. Psychol Rep 2016;118:180-198.

23. Schmidt NB, Richey JA, Fitzpatrick KK. Discomfort intolerance: Development of a construct and measure relevant to panic disorder. J Anxiety Disord 2006; 20: 263–280.

24. Özdel K, Alkar ÖY, Taymur İ, Türkçapar MH, Zamkı E, SargınAE. Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Araştırma Dergisi 2012;1:52-58

25. Endicott J, Harrison W, Neel J. Daily record of severity of problems (DRSP): reliability and validity. Arch Womens Ment Health 2006;9:41-49.

26. Steiner M, Macdougall M, Brown E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. Arch Womens Ment Health 2003;6:203–209.

27. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington VA: American Psychiatric Publishing Inc; 2013

28. Özdel K, Kervancıoğlu A, Taymur İ, Efe C, Türkçapar AF, Güriz SO, Türkçapar MH. Premenstrual Symptom Screening Tool: A Useful Tool for DSM-5 Premenstrual Dysphoric Disorder Aybaşı Öncesi Belirtileri Tarama Gereci DSM-5. J Clin Anal Med 2015;6:581-585

29. Potter J, Bouyer J, Trussell J, Moreau C. Premenstrual syndrome prevalence and uctuation over time: results from a French population-based survey. J Womens Health (Larchmt). 2009;18:31-39

30. Rapkin A. A review of treatment of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. Psychoneuroendocrinology 2003;28:39–53.

31. Craner JR, Sigmon ST, Martinson AA, McGillicuddy ML. Premenstrual disorders and rumination. J Clin Psychol 2014; 70:32–47.

32. Petersen N, London ED, Liang L, Ghahremani D, Gerards R, Goldman L, Rapkin AJ. Emotion regulation in women with premenstrual dysphoric disorder. Arch Womens Ment Health 2016;19: 891–898.

33. Del Mar Fernández M, Regueira-Méndez C, Takkouche, B. Psychological factors and premenstrual syndrome: A Spanish case-control study. PloS one, 2019; 14(3), e0212557.

34. Bianco SM, Barancelli L , Roveda AK, Santin JC. Influ ncia do ciclo menstrual em e is dios depressivos. Ar uivos de Ciências da Saúde da UNIPAR 2004; 8:11-17.

35. Ramirez A, Ekselius L, Ramklint M. Depression in young adult psychiatric outpatients: delimiting early onset. Early Interv Psychiatry 2015; 9:108-117.

36. Pedersen W. Abortion and depression: a population-based longitudinal study of young women. Scand J Public Health 2008; 36:424-428.

37. Gonçalves H, Gonçalves Soares AL, Bierhals IO, Machado AKF, Fernandes MP, Hirschmann R, Da Silva TM, Wehrmeister FC, Menezes AMB. Age of sexual initiation and depression in adolescents: Data from the 1993 Pelotas (Brazil) Birth Cohort. J Affect Disord 2017;221: 259-266.

38. Kesebir S, Yaşan Şair B, Unübol B, Tatlıdil Yaylacı E. Is there a relationship between age at menarche and clinical and temperamental charackteristics in bipolar disorder? Ann Clin Psychiatry 2013;25:121-124.

Clinical features, comorbid mental disorders and treatment outcomes in female patients with alcohol and drug use disorder admitted to an outpatient treatment unit: A retrospective study

Bir ayaktan tedavi birimine başvuran alkol ve madde kullanım bozukluğu tanılı kadın hastalarda klinik özellikler, ek ruhsal hastalıklar ve tedavi sonuçları: Retrospektif bir çalışma

Ebru Aldemir[1]
[1]M.D., Institute on Drug Abuse, Toxicology and Pharmaceutical Science, Izmir, Turkey, https://orcid.org/0000-0002-3808-1956

SUMMARY

Objective: The studies on alcohol/drug addiction have historically neglected female patients and the results of most studies exclusively conducted on male patients have been generalized to include female population. This study aims to retrospectively investigate the sociodemographic characteristics, alcohol/drug consumption characteristics, comorbid mental illnesses, treatment and follow-up results in female patients who applied to an outpatient addiction clinic for the treatment of alcohol/drug use disorder. **Method:** The patient files of the consecutive 68 women who visited Ege University Outpatient Addiction Clinic between May 1, 2013 and August 31, 2018 and were diagnosed with alcohol/drug use disorder according to DSM-5 were analyzed. **Results:** The findings revealed that 60.3% of patients had alcohol, 39.7% had drug use disorder. The drug mainly used by the ones diagnosed with drug use disorder was polydrug with a ratio of 44.4%. The duration of problematic alcohol use in the women diagnosed with alcohol use disorder was 8.3±7.8 years, the duration of problematic drug use in the women diagnosed with drug use disorder was 7.6±5.4 years. The age of onset of problematic alcohol use in the group with alcohol use disorder was higher than the age of onset of problematic drug use in the group with drug use disorder (t=3.643, p=0.001). Depressive disorder was observed in 54.2% of all patients. 70.5% of patients attended outpatient clinic follow-up at least for a period of 1 month, 47.9% of the patients who attended follow-up appointments at least for a period of 1 month received maintenance treatment and 37.5% of those maintained complete abstinence during that period. **Discussion:** The findings of this study with the largest sample in our country where sociodemographic and clinical characteristics are evaluated in a group of female patients diagnosed with alcohol/drug use disorder should be developed and supported by controlled and longitudinal follow-up studies.

Key Words: Alcohol use disorder, addiction, gender differences, drug use disorder, women

ÖZET

Amaç: Alkol ve madde bağımlılığına yönelik yapılan çalışmalar, tarihsel olarak, kadın hastaları ihmal etmiş ve sadece erkek hastalarda yapılan çoğu çalışmanın sonuçları kadın popülasyonuna genelleştirilmiştir. Bu çalışmada, alkol/madde kullanım bozukluğu nedeniyle tedavi olmak üzere bir bağımlılık polikliniğine başvuran kadın hastalarda, sosyodemografik özelliklerin, alkol/madde kullanım özelliklerinin, ek ruhsal hastalıkların ve tedavi ve izlem sonuçlarının geriye dönük olarak incelenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Ege Üniversitesi Bağımlılık Polikliniği'ne 1 Mayıs 2013 ile 31 Ağustos 2018 tarihleri arasında ardışık olarak başvuran ve DSM 5'e göre alkol/madde kullanım bozukluğu tanısı alan 68 kadın olgunun dosyası incelendi. **Bulgular:** Olguların %60.3'ünde alkol, %39.7'sinde madde kullanım bozukluğu mevcuttu. Madde kullanım bozukluğu tanısı olanlarda ağırlıklı olarak kullanılan madde %44.4 ile çoğul madde idi. Alkol kullanım bozukluğu tanılı olgularda sorunlu alkol kullanımı süresi 8.3±7.8 yıl, madde kullanım bozukluğu tanılı olgularda sorunlu madde kullanımı süresi 7.6±5.4 yıldı. Alkol kullanım bozukluğu olan grubun sorunlu alkol kullanımına başlama yaşı, madde kullanım bozukluğu olan grubun sorunlu madde kullanımına başlama yaşından daha büyüktü (t=3.643, p=0.001). Tüm olguların %54.2'sinde depresif bozukluk mevcuttu. Olguların %70.5'i en azından 1 ay süreyle kontrole gelmiş, en azından 1 ay süreyle kontrole gelen olguların %47.9'u idame tedavi almış ve kontrole geldiği süre boyunca %37.5'i tam ayıklığı sağlamıştı. **Sonuç:** Alkol/madde kullanım bozukluğu tanılı kadın hasta grubunda, sosyodemografik ve klinik özelliklerin değerlendirildiği, ülkemizdeki en geniş örneklemli bu çalışmanın bulguları, kontrollü ve uzunlamasına izlemli çalışmalarla geliştirilmeli ve desteklenmelidir.

Anahtar Sözcükler: Alkol kullanım bozukluğu, bağımlılık, cinsiyet farklılıkları, kadınlar, madde kullanım bozukluğu

(Turkish J Clinical Psychiatry 2020;23:256-265)
DOI: 10.5505/kpd.2020.20438

The arrival date of article: 30.12.2019, Acceptance date publication: 20.02.2020

INTRODUCTION

It is known that the ratios of addictive substance use in women are lower than men, and the addictive substance preference of women is also different. In the 2018 World Drug Report, it was reported that males prefer drugs such as cannabis, cocaine and heroin whilst women tend to use more opioid analgesics and sedatives/hypnotics (1). However, recent studies show that the rates of alcohol, cannabis, opioid and cocaine consumption among women have increased much faster than men and that the prevalence of substance use between the genders is approaching each other (2). According to the United States 2015 data, the prevalence of alcohol use disorder in women aged 12 years and over is 4.1%, the prevalence of illegal drug use disorder is 2% whereas these are 7.8% and 3.8% in men, respectively (3).

The convergence between the prevalence rates of alcohol/drug use in female and male individuals was not observed for the prevalence of seeking treatment in both genders. Still, a very small portion of women could be involved in the treatment process due to alcohol/drug use problems. For example, according to the report of the European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) of 2018, 16% of the individuals who started treatment for cannabis use, 27% of those undergoing treatment for amphetamine use, 20% of those undergoing treatment for heroin use and 14% of the individuals undergoing treatment due to cocaine use are women (4).

Acute and long-term effects of the substances, users motive behind alcohol/drug use, the development of the problem and the results show differences in men and women with alcohol/drug use problems (2,5). The factors causing these differences are very important since they have a direct impact on the appropriate clinical treatment of the problem of alcohol/drug use disorders.

When considered from an epidemiological point of view, as can be understood from the above-stated data, a small proportion of women still suffer from alcohol/drug use disorder. When considered with a sociocultural perspective, women with alcohol/drug use disorder problems are stigmatized more compared to men, thus preventing women from seeking help. Furthermore, women may be more vulnerable in all stages of the addiction process in terms of biological (metabolic system, gonadal hormones, dysmorphic brain organization) and social aspects (complex roles such as being a mother, partner, caregiver, unemployment rates) (2,5,6). Studies show that women start using alcohol/drug at a later age, but that the course of problem of alcohol/drug use could be more severe in women in terms of both alcohol/drug consumption and the associated psychopathological symptoms (especially anxiety and mood disorders) (7,8). In addition, women's alcohol/drug use disorder problems have a greater impact on their families, social lives and employment. This may cause the existing clinical aspect to become more complex (9,10).

Recent studies consider gender differences in terms of severity and course of the disease, but also focus on them in terms of treatment motivation, treatment effectiveness and therapeutic outcomes. Some studies have shown that women are better motivated for treatment, participate more in self-help activities and reveal to have better treatment results, while some studies have shown that female patients are not different from male patients in terms of compliance and completion of the treatment process (8,11).

Clarification of the above-mentioned differences may contribute to the development of gender-specific treatment strategies which are more effective for women. This study aims to retrospectively investigate the sociodemographic characteristics, alcohol/drug consumption characteristics, comorbid mental illnesses, treatment and follow-up results in female patients who attended to an outpatient addiction clinic for the treatment of alcohol or drug use disorder.

METHOD

In this study of retrospective design, the female patients who consecutively visited Ege University Outpatient Addiction Clinic between May 2013 and August 2018 were included. Ege University Addiction Outpatient Clinic is a unit where the

treatment of alcohol/drug use disorders is primarily carried out in outpatient setting and where the decision to be admitted to the inpatient unit is taken when necessary.

The medical records of 68 female patients who consecutively visited the outpatient clinic between May 1, 2013 and August 31, 2018 and who were diagnosed with alcohol or drug use disorder according to DSM-5 (12) were accessed. From the records of these cases, data related to sociodemographic characteristics (age, education, marital and occupational status, living environment), alcohol/drug use characteristics (duration of problematic alcohol/drug use, type of drug used, route of administration, amounts and frequency of alcohol/drug use, history of drug use by intravenous injection and syringe sharing, whether there is abstinence for over a month or not, the longest abstinence period in the cases with abstinence for more than a month, number of treatment visits and history of hospitalization for alcohol/drug use disorder, history of problematic alcohol/drug use by the first, second and third degree relatives), existence of comorbid medical diseases, history of suicide attempts, comorbid mental disorders identified as the result of clinical evaluation conducted according to DSM-5, the applied psychopharmacological treatments and follow-up process have been obtained. With regard to the follow-up process, patients were categorized into five groups as those who did not come to the follow-up appointment, who attended the first month's follow-up, who attended follow-ups in the first 3 months, who attended follow-ups in the first 6 months and those who attended follow-up appointments in the first 12 months. The number of days of alcohol/drug use by the patients during the follow-up period was evaluated based on their self-reports.

Ethical approval for this study was obtained from Ethical Council of Ege University (approval number: 19-12T/43).

Statistical analysis

The analysis of the data obtained with the defined method was performed with the assistance of the SPSS 21.0 statistical package program. Average and standard deviation were given as the descriptive statistics related to the normally distributed quantitative data and median was given as the descriptive statistics for the quantitative data without normal distribution. Pearson chi-square test or Fisher's exact test was applied to evaluate the difference between the groups in the presence of ca-tegorical data. In the data revealing normal distribution parameters, Student t-test was used for the comparison of two group averages and Mann-Whitney U test was used for the data without normal distribution. In the study, $p < 0.05$ was chosen as the level of statistical significance.

RESULTS

Sociodemographic characteristics

The data of 68 female patients diagnosed with alcohol or drug use disorder were retrospectively screened. The sociodemographic characteristics of the patients showing age, education, marriage, occupational status and living environment are given in Table 1. Thirty-six (52.9%) of all cases stated that they had children.

Table 1. Sociodemographic characteristics

	Mean–SD or n (%)
Age	36.7–11.9
Duration of education (years)	11.6–3.3
Marital status	
Single	30 (44.1)
Married	21 (30.9)
Divorced/Separated	17 (25)
Occupational status	
Unemployed	31 (45.6)
Employed	27 (39.7)
Student	4 (5.9)
Retired	6 (8.8)
Living environment	
Alone	9 (13.2)
With a relative (spouse, parent, children, etc.)	59 (86.8)

Table 2. Characteristic of alcohol/drug use

	Mean–SD or Median or n (%)
Substance that motivated treatment	
Alcohol	41 (60.3)
Drug	27 (39.7)
Duration of problematic alcohol/drug use (years)	6
Frequency of alcohol use	
Every day	32 (69.6)
3-4 days a week	10 (21.7)
1-2 days a week	4 (8.7)
Frequency of drug use	
4 times a week or more often	22 (81.5)
2-3 times a week	4 (14.8)
2-4 times a month	1 (3.7)
Amounts of daily use	
Alcohol (standart drink/day)	8.5–3.8
Drug (times/day)	2.9–2.7
Intravenous administration	
Present	4 (14.8)
Absent	23 (85.2)
Abstinence longer than one month	
Present	21 (30.9)
Absent	47 (69.1)
Duration of abstinence (month)*	7

* The data of the patients who had abstinence longer than one month were evaluated.

Characteristics of alcohol and drug use

In 2013, 3 female patients (4.4%); in 2014, 15 female patients (22.1%); in 2015, 12 female patients (17.6%); in 2016, 11 female patients (16.2%); in 2017, 4 female patients (5.2%) and in 2018, 23 (33.8%) female patients were admitted to the outpatient clinic due to alcohol/drug use problem. Among the 68 patients, 41 (60.3%) had been diagnosed with alcohol use disorder and 27 patients (39.7%) with drug use disorder. The median duration of problematic alcohol/drug use in all patients, whose alcohol/drug use characteristics are given in Table 2, was 6 years.

Out of the female patients with drug use disorder, 5 of them (18.5%) used mainly opioid, 4 (14.8%) used cannabis, 3 (11.1%) were on sedative/hypnotic drugs, 2 (7.4%) used methamphetamine, 1 (3.7%) used caffeine and 12 (44.4%) used multiple drugs. Twelve (17.6%) of all patients (n=68) had additional substance use at a non-problematic level. Among patients with drug use disorder, 8 (29.6%) reported smoking as a route of administration, 7 (25.9%) reported oral administration, 5 (18.5%) reported use via snorting, 3 (11.1%) reported intravenous administration, and 4 (14.8%) (individuals with polydrug use) reported several routes of administration (smoking and oral administration, smoking and intravenous administration, smoking and snorting). No syringe sharing was reported in any of the 4 patients with intravenous drug use. Only one patient reported using the same syringe repeatedly.

When the severity of alcohol/drug use disorder was evaluated according to DSM-5, it was observed that 12 of the patients (17.6%) suffered from a mild disorder, 23 patients (33.8%) suffered from a moderate disorder and that 33 of the patients (48.5%) suffered from a severe disorder. 1st, 2nd and 3rd degree relatives of the 22 patients (53.7%) with alcohol use disorder, 8 patients (29.6%) with drug use disorder and of all 30 patients (44.1%) had alcohol/drug use disorder problems. The median number of visits for treatment related to alcohol/drug use disorder was 2. History of hospitalization due to alcohol/drug use disorder was present in 8 of the patients (11.8%). Thirteen of all patients (19.1%) had comorbid medical diseases.

When the women with alcohol use disorder were compared with the women with drug use disorder, it was observed that the age of the patients with alcohol use disorder (40.8 ± 9.4) was significantly higher than those with drug use disorder (30.4±

Table 3. Comparison of the patients with alcohol and drug use disorders

	Patients with AUD* n=41	Patients with DUD ** n=27	Statistical analysis
Age (mean–SD)	40.8–9.4	30.4–12.7	t=3.646, **p=0.001**
Duration of education (years) (mean–SD)	12.4–3.1	10.3–3.1	t=2.619, **p=0.011**
Marital status [n (%)]			
Married	14 (34.1)	7 (25.9)	$x^2_{(1)}$=0.515,
Single/divorced/separated	27 (65.9)	20 (74.1)	p=0.473
Occupational status [n (%)]			
Unemployed	16 (39)	15 (55.6)	$x^2_{(2)}$=2.678,
Employed	17 (41.5)	10 (37)	p=0.262
Other (student, retired)	8 (19.5)	2 (7.4)	
Living environment [n (%)]			
Alone	6 (14.6)	3 (11.1)	p=1.000
With a relative (spouse, parent, children, etc.)	35 (85.4)	24 (88.9)	
Having children [n (%)]			
Yes	28 (68.3)	8 (29.6)	$x^2_{(1)}$=9.768,
No	13 (31.7)	19 (70.4)	**p=0.002**
Duration of problematic alcohol/drug use (years) (mean–SD)	8.3–7.8	7.6–5.4	t=0.431, p=0.668
Age of onset of problematic alcohol/drug use (mean–SD)	32.3–9.8	23–10.6	t=3.643 **p=0.001**
Abstinence longer than one month [n (%)]			
Present	11 (26.8)	10 (37)	x^2 (1)=0.795,
Absent	30 (73.2)	17 (63)	p=0.373
Duration of abstinence (months)*** (median)	12	5.5	u=39.000, p=0.258
History of hospitalization [n (%)]			
Present	2 (4.9)	6 (22.2)	p=0.051
Absent	39 (95.1)	21 (77.8)	
History of suicide attempt [n (%)]			
Present	7 (17.1)	5 (18.5)	p=1,000
Absent	34 (82.9)	22 (81.5)	
Family history of problematic alcohol/drug use [n (%)]	22 (53.7)	8 (29.6)	x^2 (1)=3.813,
Present	19 (46.3)	19 (70.4)	p=0.051
Absent			
Comorbid medical disease [n (%)]			
Present	9 (22)	4 (14.8)	$x^2_{(1)}$=0.536,
Absent	32 (78)	23 (85.2)	p=0.464
Comorbid mental disorder [n (%)]			
Present	27 (65.9)	21 (77.8)	$x^2_{(1)}$=1.115,
Absent	14 (34.1)	6 (22.2)	p=0.291
Attending follow-up appointment at least for the first month	26 (63.4)	22 (81.5)	$x^2_{(1)}$=2.559,
Present	15 (36.6)	5 (18.5)	p=0.110
Absent			

*AUD: Alcohol use disorder **DUD: Drug use disorder

*** The data of the patients who had abstinence longer than one month were evaluated.

12.7) (t=3.646, p=0.001). The duration of education was longer in patients with alcohol use (12.4±3.1) compared to the patients with drug use (10.3±3.1) (t=2.619, p=0.011). No significant differences between the two groups have been observed in terms of marital status (single/divorced/separated vs. married), occupational status and living environment ($\chi^2(1)=0.515$, p=0.473; $\chi^2(2)=2.678$, p=0.262; p=1.000, respectively). While 68.3% (n=28) of the women in the alcohol group had children, 29.6% (n=8) of the women in the drug group had children. There was a statistically significant difference between the two groups in terms of having children ($\chi^2(1)=9.768$, p=0.002).

Table 4. Outcomes of patients with alcohol/drug use disorder during treatment and follow-up

	Median or n (%)
Number of patients who attended follow-up appointments	
In follow-up month 1	19 (27.9)
In follow-up month 3	16 (23.5)
In follow-up month 6	4 (5.9)
In follow-up month 12	9 (13.2)
Didn t attend follow-up appointments	20 (29.4)
Number of patients who maintained abstinence during follow-up	
In follow-up month 1	5 (26.3)*
In follow-up month 3	8 (50)*
In follow-up month 6	1 (25)*
In follow-up month 12	4 (44.4)*
Number of days of self -reported alcohol/ drug use during follow -up in cases who could not maintain abstinence	
In follow-up month 1	3
In follow-up month 3	3.5
In follow-up month 6	14
In follow-up month 12	4

*The percentages were calculated on the basis of the number of subjects who attended follow -up appointments for the specified period.

No significant difference was observed between the two groups in terms of duration of problematic alcohol/drug use, abstinence longer than one month and the longest abstinence period (t=0.431, p=0.668; $\chi^2(1)=0.795$, p=0.373; u=39.000, p=0.258 respectively). The age of onset (32.3±9.8) of problematic alcohol use in the patients diagnosed with alcohol use disorder was higher than the age of onset of problematic drug use in the patients diagnosed with drug use disorder (t=3.643, p=0.001). There was no significant difference between the two groups in terms of history of hospitalization, history of suicide attempt, family history of problematic alcohol/drug use, comorbid medical diseases and comorbid mental disorders (p=0.051; p=1,000; $\chi^2(1)=3.813$, p=0.051; $\chi^2(1)=0.536$, p=0.464; $\chi^2(1)=1.115$, p=0.291 respectively). There was no significant difference between the two groups in attending the follow-up appointments for at least one month ($\chi^2(1)=2.559$, p=0.110).

The data of the comparisons in terms of sociodemographic characteristics and disease characteristics of the patients with alcohol and drug use disorders are given in Table 3.

Comorbid mental disorders

It was seen that 48 (70.6%) of the patients were diagnosed with comorbid mental disorders as the result of the clinical evaluations considering the complaints expressed by the patients during the psychiatric interviews and taking into account DSM-5. Out of these patients with comorbid mental disorders, 26 (54.2%) were diagnosed with depressive disorder, 5 (10.4%) with anxiety disorder, 4 (8.3%) with bipolar disorder, 4 (8.3%) with attention deficit/hyperactivity disorder, 3 (6.3%) with obsessive-compulsive disorder, 3 (6.3%) with schizophrenia spectrum and other psychotic disorders and 3 (6.3%) with other mental disorders (1 with anorexia nervosa and depressive disorder, 1 with bulimia nervosa, 1 with attention deficit/hyperactivity disorder and depressive disorder). History of suicide attempt was present in 12 of the patients (17.6%). Ten (83.3%) of the patients with a history of suicide attempt had comorbid mental disorders.

No significant difference was detected between the group with any comorbid mental disorder and the group without in terms of duration of problematic alcohol/drug use (t=1.292, p=0.209), abstinence longer than one month ($\chi^2(1)=0.010$, p=0.919), the longest abstinence period (u=39.500, p=0.667), number of visits for addiction treatment (u=476.500, p=0.957), history of hospitalization due to alcohol/drug use disorder (p=0.100), history of suicide attempts (p=0.486), attending follow-up appointments at least for a month during the follow-up period ($\chi^2(1)=3.316$, p=0.069) and hospitalization during the follow-up period (p=0.100).

Treatment and follow-up

The treatments recommended to the patients who attended outpatient clinic follow-up at least for 1 month were as follows (after the detox treatment has been applied if required): Eight patients (16.7%) received only maintenance treatment, 10 patients (20.8%) received the combination of maintenance and antidepressant (AD) treatment, 4 patients (8.3%) received the combination of maintenance, AD and antipsychotic (AP) treatment, 1 patient (2.1%) received the combination of maintenance and AP combination treatment, 11 patients (22.9%) received only AD treatment, 1 patient (2.1%) received only AP treatment, 3 patients (6.3%) received the combination of AD and AP treatment and 5 patients (5.4%) received treatments of other psychotropics (mood stabilizers, stimulants, etc.) and combinations. While 3 patients (6.3%) did not accept any treatment, 2 patients (4.2%) were deemed to be appropriate for drug-free follow-up. The medications used in the maintenance treatment for alcohol use disorder were naltrexone, nalmefene, acamprosate and disulfiram and the one used for the maintenance treatment of opioid use disorder was buprenorphine/naloxone. Serotonin and serotonin-noradrenaline reuptake inhibitors were preferred as AD and second generation APs were preferred as AP.

In terms of the follow-up period, it was seen that 20 patients in total (29.4%) did not attend the follow-up appointment after the first admission, 15 of whom (36.5%) had alcohol use disorder and 5 of whom (18.5%) had drug use disorder. Forty-eight (70.5%) of all patients attended for at least one month. During the follow-up period, 8 patients (11.8%) were hospitalized. Six (75%) of these patients were diagnosed with comorbid mental disorders. The outcomes of treatment and follow-up of all patients have been given in Table 4. Seven (38.8%) of the 18 women who maintained abstinence during the follow-up period were receiving maintenance treatment for alcohol/drug use problems. Six of these patients were diagnosed with alcohol use disorder and 1 with drug use disorder. As the maintenance treatment, 5 patients received acamprosate, 1 patient received disulfiram and 1 patient received buprenorphine/naloxone combination. When all patients were evaluated, no significant difference have been identified between the women who received any maintenance treatment (n=23, 47.9%) and those who did not (n=25, 52.1%) in terms of maintaining abstinence during the follow-up period ($\chi^2(1)=0.941$, $p=0.332$) (the patients who did not attend the follow-up appointment after the first admission have not been included in this analysis).

DISCUSSION

This study aimed to retrospectively investigate the sociodemographic characteristics, characteristics of alcohol/drug use, comorbid mental disorders and treatment and follow-up results in female patients who attended to an outpatient addiction clinic for the treatment of alcohol or drug use disorder.

In this study, the files of 68 women who consecutively visited Ege University Outpatient Addiction Clinic between May 1, 2013 and August 31, 2018 and who were diagnosed with alcohol or drug use disorder according to DSM-5 were included. As far as we know, this study is the most comprehensive one in our country to evaluate the sociodemographic, clinical and treatment outcomes retrospectively in women applying to addiction outpatient treatment programs. The number of female patients in other studies is quite low and the data of the studies is not sufficient to allow a comparison to be made (13–15).

The findings of this study revealed that 60.3% of the patients who were included in the evaluation had alcohol use disorder and 39.7% of the patients had drug use disorder. The prevalence of the drugs mainly used by the ones diagnosed with drug use disorder was 44.4% for polydrugs, 18.5% for opioids, 14.8% for cannabis, 11.1%, for sedative/hypnotics, 7.4% for methamphetamine and 3.7% for caffeine. The average age for admission to treatment in the women diagnosed with alcohol use disorder was 40.8±9.4 and the average age for admission to treatment in the women diagnosed with drug use disorder was 30.4±12.7. The current international studies show that the prevalence of alcohol/drug use disorder is increasing among women, whereas the age of admission to treatment

is decreasing also the ratio of admission to treatment (male:female) dropped from 5:1 to 3:1 (16–18). It is expressed that this situation is associated with the changes in cultural and social norms and facilitating women's access to the substances (16). Recent studies again show that female patients still prefer to use prescription drugs, however their use of substances such as alcohol, cannabis, opioid and cocaine is increasing rapidly (16,19).

In this study, it is observed that the duration of problematic alcohol use in the patients diagnosed with alcohol use disorder was 8.3±7.8 years, the average age of onset of problematic alcohol use was 40.8±9.4 and the duration of problematic drug use in the patients diagnosed with drug use disorder was 7.6±5.4 years, the age of onset of problematic drug use was 23±10.6. It is known that women start using alcohol/drugs at later ages compared to men (20). Many studies reveal that alcohol/drug use disorder in women progresses faster compared to alcohol/drug use disorder in men and women seek for treatment in a much shorter time compared to men (16). This is called the "telescopic" course of the disease. The "telescopic" course has been shown in the use of cannabis, cocaine and opioid but not in heroin use and contradictory results have been observed in alcohol use (20). These contradictory results may arise due to the differences in the study samples. When the samples were examined in detail, it can be observed that the telescopic effect could be detected mostly in severely progressed cases who underwent the treatment process but could not be detected in community-based studies representing a broader range of severity of disorder. In other words, it can be expressed that a subgroup of women is vulnerable to a faster progression of the disease.

When the female patients with alcohol use disorder and the female patients with drug use disorder were compared in the study, it was observed that the average age and the age of onset of problematic alcohol use in the group with alcohol use disorder was higher than the average age and the age of onset of problematic drug use in the group with drug use disorder. Similar results have been observed in national and international studies as for the patients who applied for outpatient treatment, but where the number of male patients prevailed (13,15,21). This situation is thought to be associated with the relatively higher social acceptance of alcohol and its detrimental effects arising at a later age.

In this study, comorbid mental disorders were detected in 70.6% of the female patients. Depressive disorder was observed in 54.2% of the patients, anxiety disorder in 10.4%, bipolar disorder in 8.3%, attention deficit/hyperactivity disorder in 8.3%, obsessive-compulsive disorder in 6.3% and schizophrenia spectrum and other psychotic disorders were observed in 6.3%. Furthermore, 19.1% of the patients had comorbid medical diseases. Women who apply for treatment due to alcohol/drug use disorder suffer more deterioration in terms of occupational, social, family, medical and psychiatric functionality compared to men (16,22,23). There are also differences related to gender in terms of comorbid mental disorders. While depressive and anxiety disorders are more common in women, antisocial personality and conduct disorders are observed more commonly in men (24,25). Comorbid mental disorders adversely affect the treatment process of alcohol/drug use disorders, especially in terms of seeking treatment and post-treatment outcomes (26). Therefore, comorbid mental disorders may be an important treatment target in female patients.

When the study findings were evaluated in terms of treatment, 16.7% of the patients who had regular visits for at least 1 month received only maintenance treatment, 20.8% received combined maintenance and AD treatment, 8.3% received combined maintenance, AD and AP treatment, 2.1% received combined maintenance and AP treatment, 22.9% received only AD treatment; 2.1% received only AP treatment, 6.3% received combined AD and AP treatment and 5.4% received other psychotropic (mood stabilizer, stimulant, etc.) treatments. Furthermore, 70.5% of all patients attended their follow-up appointment at least for a period of 1 month and 37.5% of those who attended follow-up reviews maintained abstinence during that period. Currently, even if a right diagnosis is made, only 38% of the current programs can meet the treatment requirements of women (27). Factors such as trauma exposure, comorbid mental disorders, having children, rela-

tionships with partners/spouses and physical health may affect the treatment outcomes in women (20). In addition, male patient-oriented diagnosis process and treatment models, insufficiency in the education of health-care workers regarding the individual needs of women, lack of comprehensive services in a single unit, lack of prenatal and postnatal care services for pregnant women, feeling of shame and guilt due to the internalization of social stigma, fear of leaving/losing children and lack of information related to possible services are the most important barriers precluding women to receive treatment for alcohol/drug use problems. For this reason, as supported by randomized controlled trials, treatment programs prepared for women should provide comprehensive services for multiple problems, and should be holistic by addressing the physical, emotional and mental aspects of women's recovery including the assisted services such as housing and childcare (28–30). In addition, the fact that the problem of education and unemployment is not overlooked and the setting of educational and occupational goals allow women to feel competent, increase their sense of independence and security thus enable them to take more responsibility for their own lives.

This study has several limitations. Firstly, the retrospective design would be a limitation to generalize the results to all women with alcohol/drug use disorder in the society as this study was conducted on women who applied to a specialized treatment unit. Secondly, the differences between the genders could not be determined unique to this study since a male comparison group was absent. Lastly, the data regarding the alcohol/drug use both at the time of the diagnosis and during the follow-up period was determined by the self-reports of the patients which might be subjected to various biases.

Despite its limitations, this study has the largest sample in our country carried out in a group of female patients admitted to a specialized treatment unit with diagnosis of alcohol/drug use disorder. Its descriptive nature provided important data that could light the way to future studies. The findings of this study should be considered as preliminary findings and should be developed and supported by more comprehensive, controlled and longitudinal studies.

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

REFERENCES

1. UNODC. World Drug Report: Women and drugs: Drug use, drug supply and their consequences. [Internet]. United Nations Office on Drugs and Crime. 2018. Available from: https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_5_WOMEN.pdf. Date of access: September 10, 2019.

2. Altintoprak AE. Kadın, Gebelik ve Alkol Madde Kullanım Bozuklukları, in Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Temel Başvuru Kitabı. Edited by Evren C. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2019, pp. 518–533.

3. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Facing Addiction in America: The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health. Washington (DC): US Department of Health and Human Services; 2016.

4. Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi. Avrupa Uyuşturucu Raporu 2018: Eğilimler ve Gelişmeler [Internet]. 2018. Available from: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001TRN_PDF.pdf. Date of access: September 10, 2019.

5. Fernandez-Montalvo J, Lopez-Goñi JJ, Azanza P, Cacho R. Gender differences in drug-addicted patients in a clinical treatment center of Spain. Am J Addict 2014; 23:399-406.

6. DeVito EE, Babuscio TA, Nich C, Ball SA, Carroll KM. Gender differences in clinical outcomes for cocaine dependence: Randomized clinical trials of behavioral therapy and disulfiram. Drug Alcohol Depend 2014;145:156–167.

7. Green CA. Gender and use of substance abuse treatment services. Alcohol Res Health 2006; 29:55-62.

8. Grella CE, Scott CK, Foss MA. Gender differences in long-term drug treatment outcomes in Chicago PETS. J Subst Abuse Treat 2005; 28:3–12.

9. Walitzer KS, Dearing RL. Gender differences in alcohol and substance use relapse. Clin Psychol Rev 2006; 26:126–148.

10. Storbjörk J. Gender differences in substance use, problems, social situation and treatment experiences among clients entering addiction treatment in Stockholm. Nordic Studies on Alcohol and Drugs 2011; 28:185–209.

11. López-goñi JJ, Fernández- Montalvo J, Illescas C, Landa N, Lorea I. Determining socio-demographic predictors of treatment dropout: Results in a therapeutic community. Int J Soc Welf 2008; 17:374–378.

12. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Köroğlu E (Çeviri Ed.), Hekimler Yayın

Birliği, Ankara, 2013.

13. Bulut M, Savaş HA, Cansel N, Selek S, Kap Ö, Yumru M, Virit O. Gaziantep Üniversitesi Alkol ve Madde Kullanim Bozuklukları Birimine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri. Bağımlılık Derg 2006;7:65–70.

14. Doğanavşargil ÖG, Önen Sertöz Ö, Coşkunol H, Şen G. EÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı Bağımlılık Tedavi Biriminin hasta verilerinin on yıllık geriye dönük olarak incelemesi: Madde kullanan hastaların sosyodemografik özellikleri. Bağımlılık Derg 2004; 5:115–120.

15. Asan Ö, Tıkır B, Okay İhsan T, Göka E. Sociodemographic and clinical features of patients with alcohol and substance use disorders in a specialized unit. Bağımlılık Derg 2015;16:1–8.

16. Hernandez-Avila CA, Rounsaville BJ, Kranzler HR. Opioid-, cannabis- and alcohol-dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment. Drug Alcohol Depend 2004; 74:265–272.

17. Steingrímsson S, Carlsen HK, Sigfússon S, Magnússon A. The changing gender gap in substance use disorder: A total population-based study of psychiatric in-patients. Addiction 2012; 107:1957–1962.

18. Bilici R, Ünübol B, Çinka E. Kadın, Gebelik ve Bağımlılık, in Bağımlılık Tanı, Tedavi, Önleme. Edited by Öztürk M, Ögel K, Evren C, Bilici R. İstanbul, Yeşilay Yayınları, 2019, pp.557–574.

19. Lynch WJ, Roth ME, Carroll ME. Biological basis of sex differences in drug abuse: Preclinical and clinical studies. Psychopharmacology 2002;164:121-137.

20. McHugh RK, Votaw VR, Sugarman DE, Greenfield SF. Sex and gender differences in substance use disorders. Clin Psychol Rev 2018; 66: 12–23.

21. Weisner C. A Comparison of alcohol and drug treatment clients: Are they from the same population? Am J Drug Alcohol Abuse 1992;18:429–444.

22. Sherman BJ, McRae-Clark AL, Baker NL, Sonne SC, Killeen TK, Cloud K, Gray KM. Gender differences among treatment-seeking adults with cannabis use disorder: Clinical profiles of women and men enrolled in the achieving cannabis cessation—evaluating N-acetylcysteine treatment (ACCENT) study. Am J Addict 2017; 26:136–144.

23. McHugh RK, DeVito EE, Dodd D, Carroll KM, Potter JS, Greenfield SF, Connery HS, Weiss RD. Gender differences in a clinical trial for prescription opioid dependence. J Subst Abuse Treat 2013; 45:38–43.

24. Conway KP, Compton W, Stinson FS, Grant BF. Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry 2006; 67:247-257.

25. Khan S, Okuda M, Hasin DS, Secades-Villa R, Keyes K, Lin KH, Grant B, Blanco C. Gender differences in lifetime alcohol dependence: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Alcohol Clin Exp Res 2013; 37:1696–1705.

26. Greenfield SF, Grella CE. What is "women-focused" treatment for substance use disorders? Psychiatr Serv 2009; 60:880-882.

27. Pape PA, Sarabia SE. Assessment and Treatment of Women with Substance Use Disorders, in Clinical Work with Substance-Abusing Clients. Edited by Straussner SLA. New York, The Guilford Press, 2014, pp. 442–465.

28. Slesnick N, Zhang J. Family systems therapy for substance-using mothers and their 8- to 16-year-old children. Psychol Addict Behav 2016; 30:619–629.

29. Slesnick N, Erdem G. Efficacy of ecologically-based treatment with substance-abusing homeless mothers: Substance use and housing outcomes. J Subst Abuse Treat 2013;45:416–425.

30. Hien DA, Wells EA, Jiang H, Suarez-Morales L, Campbell AN, Cohen LR, Miele GM, Killeen T, Brigham GS, Zhang Y, Hansen C, Hodgkins C, Hatch-Maillette M, Brown C, Kulaga A, Kristman-Valente A, Chu M, Sage R, Robinson JA, Liu D, Nunes EV. Multisite randomized trial of behavioral interventions for women with co-occurring PTSD and substance use disorders. J Consult Clin Psychol 2009;77:607–619.

Depresyon ile geleceğe yönelik öngörüler ve yürütsel işlevler değişkenleri arasindaki ilişkilerin incelenmesi

Examination of the relationship between depression, future expectations, and several executive function variables

Hasan Ergüler[1], Ayşegül Durak Batıgün[2]
[1]Öğr. Gör., Doğu Akdeniz Üniversitesi Fen ve Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü Kuzey Kıbrıs https://orcid.org/0000-0003-1107-5422
[2]Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Psikoloji Bölümü Ankara, Türkiye https://orcid.org/0000-0002-8278-6419

ÖZET

Amaç: Çalışmanın amacı, depresyon belirtileri ile geleceğe yönelik öngörüler ve yürütsel işlevler arasındaki ilişkileri incelemek; yürütsel işlevler ile depresyon arasındaki ilişkide geleceğe yönelik öngörülerin aracı rolünü belirlemektir. **Yöntem:** Beck Depresyon Envanteri, Kişilerarası Nörobiyoloji Temelli Yürütsel İşlevler Ölçeği ve Geleceğe Yönelik Öngörüler Ölçeği veri toplama araçları olarak kullanılmıştır. Çalışmanın örneklemini, 235'i kadın (%58.6) 166'sı erkek (%41.4) olmak üzere, 401 üniversite öğrencisi oluşturmuştur. Yaş aralığı 18-31, yaş ortalaması 21.44'dür (ss= 2.33). **Bulgular:** Yapılan istatistik analizler sonucunda, depresyon belirtileri ile geleceğe yönelik olumlu öngörüler arasında negatif, olumsuz öngörüler arasında ise pozitif ilişkilerin bulunduğu görülmektedir. Yürütsel işlevler toplam puanları ile depresyon belirtileri arasında ise negatif bir ilişki söz konusudur. Buna ek olarak, aracı değişkenli regresyon analizi sonuçları yürütsel işlevler ile depresyon belirtileri arasındaki ilişkide geleceğe yönelik olumlu ve olumsuz öngörülerin aracılık rollerinin olduğunu göstermektedir. **Sonuç:** Elde edilen bulgular, depresyon tedavisi sırasında psikoterapinin yapılandırılmasına katkı sağlayabilir. Örneğin, terapi seansları esnasında hastanın alışılmış tutumlara katı bir şekilde bağlılık, alternatif problem çözme yollarını belirleyememe, katı açıklama tarzları ve bilişsel esneklikte zayıflama gibi yürütsel işlevlerine yönelik özellikleri belirlenerek, bunlar üzerinde çalışılabilir. Ayrıca, bu seanslarda geleceğe ilişkin öngörülerin incelenmesi de yararlı olacaktır.

Anahtar Sözcükler: Depresyon, geleceğe yönelik öngörüler, yürütsel işlevler

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2020;23:266-273)
DOI: 10.5505/kpd.2020.41033

SUMMARY

Objective: The aim of this study was to study the possible relationships between depressive symptoms, future expectations (i.e. prospections), and prefrontal functions. More specifically, the potential mediating effects of future expectations in the relationship between depressive symptoms and prefrontal functions were investigated. **Method:** Data collection tools included Beck Depression Inventory, Prefrontal Functions Scale based on Interpersonal Neurobiology, and Subjective Probability Task – Turkish Version. Study sample included 401 undergraduate students, where 235 (58.6%) of those were female and 166 (41.4%) were male. Participants had an age range of 18-31, and the mean age was found to be 21.44 (sd = 2.33). **Results:** Statistical analyses revealed that as depression symptoms strengthen, there appears to be a corresponding decrease in the ratings for positive prospection, and a counter increase in the ratings for negative prospection (i.e. how likely they think such events will happen to them in the future). Furthermore, prefrontal functioning suffered a significant decline as depression scores increased. The mediated regression model further indicated that positive as well as negative prospections did indeed have partial mediating effects in regulating the relationship between depression scores and prefontal functioning. **Discussion:** Results of the study are considered to be of possible value for the aim of structuring specific psychotherapy interventions. Identification of strictly held attitudes of clients, for instance, alongside with the inability to identify alternative solutions to problems encountered, strict reliance on specific explanations as causes behind them, or weakening cognitive flexibility, can be prioritized earlier in therapy and the following progress can, hence, be planned accordingly. Investigation of prospective thoughts can also be informative in this respect.

Key Words: Depression, future expectations, prefrontal functions

Makalenin geliş tarihi: 18.06.2019, Yayına kabul tarihi: 28.11.2019

GİRİŞ

Dünya nüfusunun yaklaşık olarak %5'ini, diğer bir deyişle 350 milyon insanı etkileyen majör depresif bozukluk, yaşam kalitesinde düşüş ve performans kaybına yol açan büyük bir sorundur (1). Aynı çalışmada, dünya genelinde yaşamının herhangi bir anında bu rahatsızlığı yaşamış bireylerin oranının %16 olduğu ve nesiller arası genetik aktarım oranının da %37'ye kadar çıkabildiği vurgulanmaktadır.

Bilindiği gibi, hastalığın temelinde nörobiyolojik nedenlerin yanısıra bunlarla doğrudan veya dolaylı olarak ilişkili olduğu düşünülen bilişsel (kognitif) nedenler de mevcuttur. Birtakım düşünce kalıpları veya düşünce örüntülerinin depresyondaki etkisini açıklamaya odaklanan Aaron Beck, kuramında "olumsuz bilişsel üçleme"ye değinir (2). Bu kuram, depresyon belirtileri gösteren kişilerin sağlıklı bireylere kıyasla benlik algıları, yakın sosyal çevreleri ve gelecek algılarına ilişkin olumsuz düşünce örüntüleri ve tutumlar geliştirdiklerini öne sürer. Olumsuz bilişsel üçlemedeki diğer iki etmene kıyasla üzerinde daha az çalışılmış olanı bireyin kişisel geleceği hakkında edindiği karamsar görüşler boyutudur. Yakın zamanda bu boyutun depresyon belirtilerinin hem nedensel hem de sürdürücü temel bir faktörü olduğu görüşü üzerinde durulmaktadır (3,4). Bu açıklamaya göre geleceğe ilişkin hatalı öngörü depresyonun temel nedenidir (4). Hatalı öngörüler, çoğunlukla "eğer/o zaman" (if/then assumptions) tarzı varsayımlar olarak betimlenmiştir ve gelecekte yaşanması muhtemel bir olayın bize şimdiden nasıl hissettirebileceğini tahmin etme süreçlerini içerir. Depresif duyguduruma sahip birey, zayıflamış yaşamsal işlevselliğini fark edip kendisini gelecekte de olumsuzlukların beklediğini düşünme eğilimindedir. Bu eğilim kişinin yaşadığı anı etkileyen ve faaliyetlerini daha da zayıflatan güçlü sonuçlara neden olabilir. Böylece, ileride kişinin kendisini daha olumsuz bir hayatın beklediğini düşünmesi giderek kolaylaşırken, yaşadığı an bu beklentiden olumsuz yönde etkilenir. Bu durum da gelecekle ilgili karamsar bakış açısının gittikçe artmasına neden olarak bir çeşit kısır döngü oluşturur ve depresyon belirtilerinin şiddetini artırır.

Literatürde, hatalı öngörüler nedeniyle, gelecekle ilgili olumlu kişisel olayların yaşanması olasılığının klinik depresyonu olan (veya belirti şiddeti klinik değerlere doğru yaklaşan) bireyler tarafından daha düşük değerlendirildiği rapor edilmiştir (5-8). Kişinin kendi geleceği ile ilgili olumsuz düşüncelerinin katı olup olmamasının, hastalık seyri ve tedavisinin anlaşılmasında önemli ipuçları sağlayabileceği düşünülmektedir (9-12).

Geleceğe yönelik olumsuz öngörülerin depresyon belirtileri ile ilişkili olması ve aynı zamanda bir sürdürücü faktör olarak görülmesinin yanısıra, bellek süreçleri ve özellikle yürütsel işlevler (prefrontal işlevler) ile de ilişkili olduğu söylenebilir (3,7). Yürütsel işlevler, depresyon belirtileri olan bireylerde alışılmış tutumlara katı bir şekilde bağlılık, alternatif problem çözme yollarına değinmeme, açıklama tarzlarında katılık ve genel olarak bilişsel esneklikte zayıflama gibi sonuçlarla belirmektedir (13,14). Prefrontal korteks ile ilişkilendirilen yürütsel işlemlerin depresyon tanısı almış bireylerde daha zayıf olduğu bilinmektedir (13,15-17). Depresyon tanısı almış hastaların prefrontal kortekslerinde negatif duygu yüklü uyaranlara karşı belirgin bir aktivite artışı, pozitif duygu yüklü uyaranlara karşı ise belirgin bir aktivite düşüşü gözlenmektedir (18). Yürütsel işlevlerin dikkatin önemli bir kısmını bireyin olumsuz düşüncelerine ve bunlarla kaçınılmaz olarak bağlantılı olan olumsuz duygulanımlara odaklıyor olduğu ileri sürülebilir (19).

İlgili literatür incelendiğinde, depresyon ve geleceğe yönelik öngörülerin daha önce Türkiye'de ayrı bir başlık altında incelenmemiş olduğu dikkati çekmektedir. Ayrıca, yürütsel işlevler ile geleceğe yönelik öngörüler arasındaki ilişkilerin de ülkemizde çalışılmamış olduğu görülmektedir. Bu noktadan hareketle araştırmanın amacı, depresyon belirtileri ile geleceğe yönelik öngörüler ve yürütsel işlevler arasındaki ilişkileri incelemek; yürütsel işlevler ile depresyon arasındaki ilişkide geleceğe yönelik öngörülerin aracı rolünü belirlemektir.

YÖNTEM

Örneklem

Çalışma, ilgili üniversitenin çeşitli bölümlerinde öğrenim gören 235'i kadın (%58.6) 166'sı erkek (%41.4) olmak üzere 401 üniversite öğrencisi ile yürütülmüştür. Örneklemim yaş aralığı 18-31, yaş ortalaması 21.44'dür (ss=2.33). Örneklem, basit rastlantısal örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Üniversite öğrencisi olmayan ve son altı ay içerisinde psikiyatrik bir hastalık tanısı almış ve/veya tedavi görmüş olan bireyler çalışma kapsamı dışında tutulmuştur.

Veri Toplama Araçları

Beck Depresyon Envanteri (BDE) Beck ve arkadaşları (20) tarafından geliştirilen ve 21 maddeden oluşan bir ölçektir. Bireylerde gözlenen depresyon belirtilerini ölçmeyi amaçlayan bu ölçek 0-3 arası Likert tipi puanlanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar depresyon belirtilerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması iki farklı çalışma ile gerçekleştirilmiştir (21,22). Üniversite öğrencileri üzerinde gerçekleştirilen çalışmada Cronbach alfa güvenirlik katsayısı .80 olarak bildirilmektedir (22).

Bu ölçek, depresyon belirtilerinin ölçümünde literatürde en sık kullanılan ölçme aracı olması nedeniyle çalışma kapsamına alınmıştır. Ölçeğin mevcut çalışmadan elde edilen Cronbach alfa güvenirlik katsayısı .81'dir.

Kişilerarası Nörobiyoloji Temelli Yürütsel İşlevler Ölçeği (PİÖ) Bireylerin yürütsel işlevlerini ölçmek amacıyla Şahin ve Özsoy (23) tarafından geliştirilmiş, 1-5 arası Likert tipi puanlanan 40 maddelik bir ölçektir. Ölçekten alınan yüksek puanlar yürütsel işlevlerin yüksek olduğunu göstermektedir. Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışması sonucunda bedensel işlevlerin yönetimi (α= .80), korku yönetimi ve sezgiler (α= .80), empati ve tepki esnekliği (α= .76), içgörü (α= .78) ve vicdan (α= .67) olmak üzere beş faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğuna ilişkin bulgular mevcuttur.

Ölçek, kültürümüzde yürütsel işlevleri ölçen öz değerlendirme türü (self report) tek ölçek olması nedeniyle çalışma kapsamına alınmıştır. Ölçeğin toplam puanı için mevcut çalışmadan elde edilen Cronbach alfa güvenirlik katsayısı .87'dir.

Geleceğe Yönelik Öngörüler Ölçeği (GYÖÖ) MacLeod (24) tarafından geliştirilmiş, 1-7 arası Likert tipi puanlanan bir ölçektir. Cronbach alfa güvenirlik katsayısı olumlu öngörüler için .86, olumsuz öngörüler için .90'dır. Olumlu öngörüler ve olumsuz öngörülerin Beck Umutsuzluk Ölçeği ile korelasyon katsayıları sırasıyla, -.41 ($p< .01$) ve .43 ($p< .01$) olarak bildirilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Ergüler ve Batıgün (25) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada da Cronbach alfa güvenirlik katsayıları olumlu öngörüler alt ölçeği için .86, olumsuz öngörüler alt ölçeği içinse .90 olarak bulunmuştur. Ayrıca bu iki faktör arasındaki korelasyon katsayısı da -.29 ($p< .001$) olarak belirlenmiştir. Ölçek, kültürümüzde geleceğe yönelik öngörüleri ölçen öz değerlendirme türü tek ölçek olması nedeniyle çalışma kapsamına alınmıştır.

İşlem

Öncelikle, çalışma için ilgili üniversitenin etik kurulundan onay alınmıştır (Karar No: 353). Çalışmada katılımcıların imzalı onamları alınmış, değerlendirmenin bireysel değil, grup halinde yapılacağı bilgisi verilmiştir. Kullanılan ölçekler sıra etkisini en aza indirmek amacıyla Onam Formu başta olacak şekilde farklı sıralarda dizilerek verilmiştir. Uygulamalar sınıf ortamında ilgili öğretim üyesinin izni alınarak ders sonlarında yapılmış, yaklaşık olarak 15-20 dakika sürmüştür.

Toplam katılımcı sayısı ilk aşamada 436 iken, ölçek sorularının önemli bir kısmını boş bırakmış veya son altı ay içerisinde herhangi bir psikiyatrik tanı aldığını belirtmiş katılımcılar çalışma dışında bırakılmış ve analizler 401 katılımcı üzerinden yürütülmüştür.

İstatistik analizler

İstatistik analizler yapılmadan önce hatalı veri girişleri düzeltilmiş, veri setinin uygunluğu değerlendirilmiş ve uç değerler veri setinden çıkartılmıştır. Çalışmada, SPSS-21 paket programı

kullanılmış; Pearson korelasyon analizi ve çoklu aracılı model testi yapılmıştır.

BULGULAR

Çalışmada kullanılan ölçeklerden alınan puanların ortalama, standart sapma ve aralık değerleri Tablo 1'de verilmiştir.

Değişkenler Arasındaki İlişkiler (Korelasyon Analizleri)

Çalışmaya dahil edilen değişkenlerin birbirleri ile olan ilişkilerini değerlendirebilmek amacıyla Pearson korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Tablo 2'de görüldüğü gibi, BDE toplam puanı ile geleceğe yönelik olumsuz öngörüler arasındaki korelasyon katsayısı .48 (p< .001), geleceğe yönelik olumlu öngörüler arasındaki korelasyon katsayısı ise -.40'dır (p< .001). BDE ile PİÖ toplam puanı ve alt ölçekleri arasındaki katsayılar ise -.11 (p< .01) ile -.37 (p< .001) arasında değişmektedir.

Aracı Değişken Analizi Bulguları

Yürütsel işlevler ile depresyon belirtileri arasındaki ilişkide geleceğe yönelik öngörülerin aracı rolünün incelenebilmesi için Bootstrap yöntemine dayandırılan ve SPSS programına ek bir paket olarak sunulan çoklu aracılı model testi kullanılmıştır. Analiz bulguları Şekil 1'de verilmiştir.

Şekil 1'de görüldüğü üzere, bağımsız değişken olarak alınan yürütsel işlevler toplam puanlarının bağımlı değişken olan depresyon belirtileri üzerinde anlamlı doğrudan etkisinin olduğu söylenebilir (ß= - .20, t= -7.75, p< .001). Bununla birlikte yürütsel işlevlerin, aracı değişken alt ölçekleri olan geleceğe yönelik olumlu öngörüler (ß= .30, t=11.00, p<.001) ve olumsuz öngörüler (ß= -.45, t=-6.94, p<.001) üzerinde de anlamlı doğrudan etkilerinin olduğu gözlemlenmiştir. Buna ek olarak aracı değişkenlerin bağımlı değişken olan depresyon belirtileri üzerinde de anlamlı doğrudan etkileri vardır (olumlu öngörüler için ß=-.18, t= -.05, p< .001; olumsuz öngörüler için ise ß= .15, t= 8.00, p< .001). Yürütsel işlevler ile geleceğe yönelik öngörüler aynı anda denkleme dâhil edildiğinde, yürütsel işlevlerin depresyon belirtileri üzerindeki etkisi azalmış fakat anlamlılık düzeyinde devam etmiştir (ß= -.08, t= -3.02, p< .01). Bu sonuca göre, yürütsel işlevler ile depresyon belirtileri arasındaki ilişkide geleceğe yönelik öngörülerin kısmi aracılık rolü üstlendiği söylenebilir. Oluşturulan aşamalı regresyon modelinin geçerlik testi sonucunda ise modelin anlamlı olduğu (F3,397= 59.30, p< .001) ve varyansın yaklaşık olarak %30'unu açıkladığı görülmüştür.

Geleceğe yönelik öngörülerin kısmi aracılık etkilerinin istatistiki belirginlik seviyelerini incelemek amacıyla 1000 kişilik bootstrap örneklemi kullanılmış ve bulgular Tablo 3'te verilmiştir. Buna göre, aracı değişkenlerin toplam dolaylı etkileri anlamlı bulunmuştur (nokta tahmini= -.12, %95 BCa GA= [-.015, -.08]). Bu sonuca göre geleceğe yönelik öngörülerin yürütsel işlevler ile depresyon belirtileri arasındaki ilişkiye kısmi aracılık ettikleri söylenebilir. Alt ölçekler ayrı ayrı incelendiğinde ise olumlu öngörülerin (nokta tahmini= 0.05, %95 BCa GA= [-.08, -.03]) ve olumsuz öngörülerin (nokta tahmini= -.07, %95 BCa GA= [-.09, -.04]) anlamlı kısmi aracılık etkilerinin belirgin olduğu görülmektedir.

TARTIŞMA

Mevcut çalışmada elde edilen bulgulara göre, depresyon belirtileri ile geleceğe yönelik olumlu öngörüler arasında negatif, olumsuz öngörüler

Tablo 1. Ölçek puanlarının ortalama, standart sapma ve puan aralık değerleri (n= 401)

	X	SS	Puan Aralığı
PİÖ Toplam Puan	106.04	13.30	65-145
Bedensel işlevlerin yönetimi	16.66	3.59	7-25
Korku yönetimi ve sezgiler	29.01	4.60	17-40
Vicdan	24.03	3.71	10-30
Empati ve tepki esnekliği	21.24	3.70	9-30
İçgörü	15.12	2.75	7-20
GYÖÖ			
Olumlu öngörüler	53.17	8.35	18-69
Olumsuz öngörüler	69.90	18.27	23-136
BDE Toplam Puan	12.60	7.38	0 – 46

Tablo 2. Değişkenler arası korelasyon katsayıları

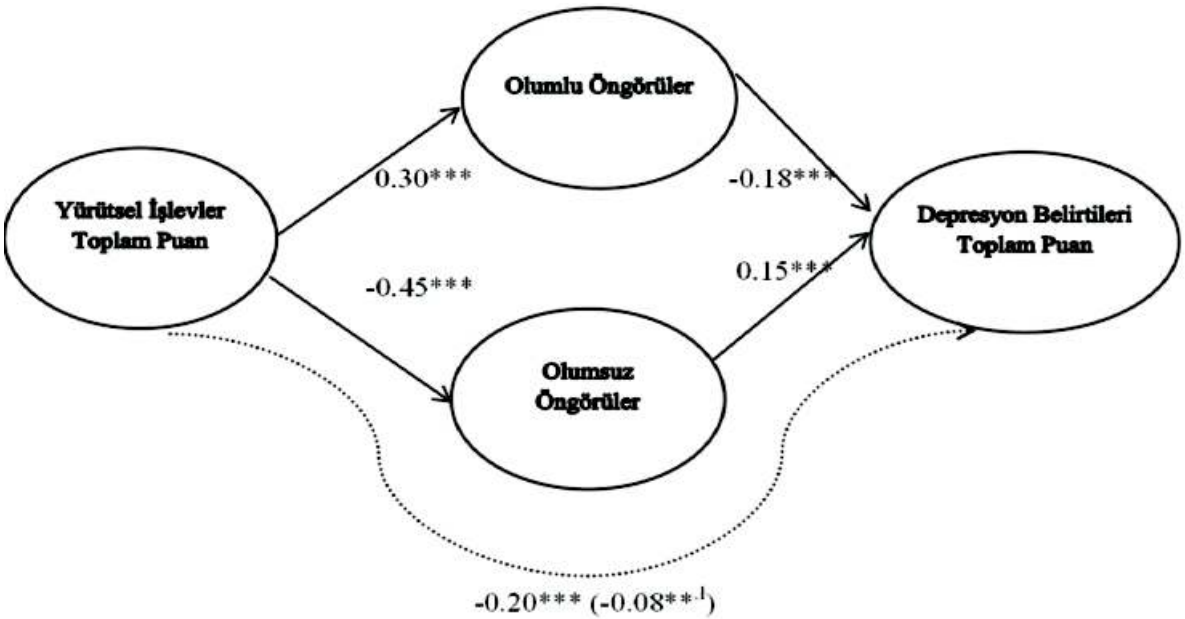
	1	2	3	4	5	6	7	8
2	.48***	-	-	-	-	-	-	-
3	-.40***	-.36***	-	-	-	-	-	-
4	-.36***	-.33***	.48***	-	-	-	-	-
5	-.24***	-.17***	.35***	.74***	-	-	-	-
6	-.37***	-.32***	.49***	.81***	.51***	-	-	-
7	-.18***	-.23***	.27***	.65***	.31***	.38***	-	-
8	-.34***	-.30***	.34***	.72***	.39***	.49***	.33***	-
9	-.11**	-.11**	.25***	.67***	.48***	.42***	.31***	.35***

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

1. BDE Toplam Puan
2. Olumsuz öngörüler
3. Olumlu öngörüler
4. PİÖ Toplam Puan
5. Bedensel işlevlerin yönetimi
6. Korku yönetimi ve sezgiler
7. Vicdan
8. Empati ve tepki esnekliği
9. İçgörü

arasında ise pozitif ilişkiler söz konusudur. Yürütsel işlevler toplam puanları ile depresyon belirtileri arasında ise negatif bir ilişki görülmektedir. Buna ek olarak, yürütsel işlevler ile depresyon belirtileri arasındaki ilişkide geleceğe yönelik olumlu ve olumsuz öngörülerin aracılık rollerinin olduğu gözlenmiştir. Bu bulguların temel olarak yurt dışındaki literatür ile uyumlu olduğu dikkati çekmektedir (5,24,26). Ancak, mevcut çalışmada, olumlu öngörülerdeki düşüş ile birlikte olumsuz öngörülerde görülen artışın depresyon belirtilerini yorduyor olması, komorbid anksiyete belirtilerinin olası bir etkisinin olup olmadığını düşündürmektedir. Komorbid anksiyete belirtilerinin gelecekle ilgili olumlu beklentilerdeki düşüş ile birlikte olumsuz beklentilerde de artışa sebep olabileceği ve böylece depresyon temelli yorumları zorlaştırabileceği literatürde belirtilmektedir (3,5,7,27). Komorbid anksiyete durumunun depresyon belirtilerindeki artış, sosyal ve profesyonel uyumda azalma ve genel anlamıyla tedaviye verilen yanıtlardaki düşüş ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (28). Bu bağlamda, geleceğe yönelik öngörülerin araştırılacağı ileriki çalışmalarda anksiyete belirtilerinin de incelemesinin önemli olacağı düşünülmektedir.

Yürütülen aracı değişkenli regresyon analizi sonu-



Şekilde standardize olmayan beta değerlerine yer verilmiştir.
** p< .01, *** p< .001, t= -3.02

Şekil 1. GYÖ alt ölçeklerinin yürütsel işlevler toplam puanı ve depresyon belirtileri arasındaki ilişkide üstlendiği aracı roller

Tablo 3. Yürütsel işlevler ve depresyon belirtileri arasındaki ilişkide geleceğe yönelik öngörüler aracılığında toplam ve belirli dolaylı etkiler için nokta tahminleri ve %95 Bias-Corrected and Accelerated (BCa) güven aralıkları (GA).

Değişken	Katsayılar Çarpımı (Product of coefficients)				%95 BCa GA	
	Nokta Tahmini	Standart Hata (SE)	z	p	Düşük	Yüksek
Toplam	-0.12	0.02	-6.65	< .001	-0.15	-0.08
Olumlu Öngörüler	-0.05	0.01	-3.82	.001	-0.08	-0.03
Olumsuz Öngörüler	-0.07	0.01	-5.25	< .001	-0.09	-0.04

cunda, geleceğe yönelik olumlu ve olumsuz öngörüler, yürütsel işlevler ile depresyon arasındaki ilişkide kısmi aracı olarak belirlenmiştir. Daha önce de belirtildiği gibi, yürütsel işlevler, depresyon belirtileri gösteren bireylerde alışılmış tutumlara katı bir şekilde bağlılık, alternatif problem çözme yollarına değinmeme, açıklama tarzlarında katılık ve genel olarak bilişsel esneklikte zayıflama gibi sonuçlarla belirmektedir (13,14). Mevcut araştırmanın bulgularından yola çıkarak, gelecekle ilgili beklentilerin aracılık rollerinin, sağlıksız çıkarımlar ve ileriye yönelik yetersiz değerlendirmelere geçit verdiği, böylece depresyon belirtilerinin arttığı şeklinde bir çıkarsamanın yapılabileceği düşünülmektedir. Olumlu gelecek hayallerinin oluşturulmasında beliren zorluklar ve katı bir karamsarlık ile şekillenen olumsuz öngörülerin aracı rollerinin bulunması, Roepke ve Seligman'ın (4) da belirttiği gibi, geleceğe yönelik öngörülerin depresyon belirtilerindeki nedensel rollerine işaret ediyor olabilir. Geleceğe yönelik öngörülerin psikolojik sağlığın belirteci olan diğer değişkenlere kıyasla ne derece merkezi bir rol oynadığı ise ilerleyen çalışmalarda daha kapsamlı bir şekilde incelenmelidir. Bunun yanında yürütsel işlevlerin bağımsız değişken olarak ele alındığı regresyon modelinin varyansın %30'unu açıklıyor olması, depresyonun yordanmasında başka değişkenlerin de etkisinin olduğunu ve ilerleyen çalışmalarda geleceğe yönelik öngörülerin daha ayrıntılı olarak ele alınması gerekliliğini göstermektedir.

Yürütsel işlevler ve geleceğe yönelik öngörülerin depresyon belirtileri ile birlikte değerlendirildiği bu çalışmadan elde edilen bulguların, depresyon tedavisinde kullanılacak olan psikoterapinin yapılandırılmasında katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Örneğin, hastanın alışılmış tutumlara katı bir şekilde bağlılık, alternatif problem çözme yollarını belirleyememe, katı açıklama tarzları ve genel olarak bilişsel esneklikte zayıflama gibi yürütsel işlevlerine yönelik özellikleri belirlenerek, terapi seansları esnasında bunlar üzerinde çalışılabilir. Nitekim literatürde de ilk atak ve yineleyen ataklı majör depresyon hastaları arasında yürütsel işlevler açısından farklılıklar bulunduğunu bildiren bir çalışma mevcuttur (29). Bu çalışma bulgularına göre, bilişsel esneklik veya kategoriler arası geçiş yetisinin yineleyen ataklı hastalarda belirgin şekilde daha zayıf olduğu dikkati çekmektedir. Bu durum, atak sayısı arttıkça bilişsel esneklik değişkeninin de göz önünde bulundurulup tedaviyi hastalara uygun hale getirmenin önemini göstermektedir. Bir başka çalışmada ise, depresyon atak sayısının değil de depresyonun toplam süresinin (atak sayısından bağımsız olarak değerlendirilen) böyle bir bilişsel esneklik kaybına yol açabileceği savunulmaktadır (30).

Tüm bunlara ek olarak, geleceğe yönelik olumsuz öngörülerin komorbid anksiyete ile beliren depresyonu yordadığı; dolayısıyla psikoterapi esnasında geleceğe yönelik öngörüler üzerinde çalışılmasının önemli olduğu vurgulanmaktadır (31). Böyle bir terapi yapılandırmasının depresyon tedavisinde ne denli önemli olabileceği yakın tarihli çalışmalarda görülmektedir (9).

Araştırmanın bazı sınırlılıkları mevcuttur. Öncelikle, öz değerlendirme anketlerinin veri toplama aracı olarak kullanılması her ne kadar literatürde oldukça sık rastlanan bir yöntem olsa da, verilerden elde edilen bulguların değerlendirilmesinde dikkatli olmamızı gerektirmektedir. Bunun önemli bir nedeni, katılımcıların ölçekleri doldurdukları esnasındaki duygudurumlarının sonuçları istemsiz bir şekilde çarpıtabilmesi ve özellikle gelecek ile ilgili olumlu öngörülerin gerçekçi bir şekilde değerlendirilmesini etkileyebilecek olmasıdır (32). Klinik veya normal gruplarla yapılan araştırmalar,

katılımcılarda ister istemez stres düzeyini artıran ve onların gerek bilinçli gerekse de bilinç dışı bir şekilde önyargılı cevaplar vermesine yol açabilecek sorular içermektedir (33). Bu gibi sorunlarla baş edebilecek bir yöntem olarak, örtük çağrışımların geleceğe yönelik öngörülere uyarlandığı bir test olan IRAP'ın [Implicit Relations Assessment Procedure (34)] ileriki çalışmalarda önemli bir ölçüm aracı olabileceği belirtilmektedir.

Mevcut çalışmadaki bir diğer sınırlılık ise, yürütsel işlevlerin değerlendirilmesinde bir öz bildirim ölçeğinden daha kapsamlı veriler elde edilebilmesini sağlayacak olan nörobilişsel testlerin (Wisconsin Kart Eşleme, Stroop Testi vb.) pratik sebeplerden ötürü kullanılamamış olmasıdır. Dikkat odağı, bilişsel esneklik, bellek ve stratejik planlama gibi yürütsel işlevlerin çeşitli nörobilişsel testlerle değerlendirilmesi [böyle bir test bataryasının içeriği hakkında daha detaylı bilgi için bkz. (35)], daha kapsamlı bulguların elde edilmesini sağlayacaktır. Ayrıca, daha sonra yapılacak olan çalışmaların, anksiyete grubu, depresyon grubu, komorbid anksiyete-depresyon grubu ve sağlıklı bireylerden oluşan kontrol gruplarını da kapsayacak şekilde daha geniş bir örneklem grubu üzerinde yürütülmesi önerilebilir.

Yazışma Adresi: Prof. Dr., Ayşegül Durak Batıgün, Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Psikoloji Bölümü Ankara, Türkiye ayseguldurak@yahoo.com

*Bu makale ilk yazarın Lisansüstü Tez çalışmasının bir bölümünü içermektedir.

KAYNAKLAR

1. Durisko Z, Mulsant BH, Andrews PW. An adaptationist perspective on the etiology of depression. J Affect Disord 2015; 172: 315-323.

2. Beck AT. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York, NY: International Universities Press, 1976.

3. Miloyan B, Pachana NA, Suddendorf T. The future is here: A review of foresight systems in anxiety and depression. Cognition and Emotion 2014; 28: 795-810.

4. Roepke AM, Seligman MEP. Depression and prospection. Br J Clin Psychol 2016; 55: 23-48.

5. Bjärehed J, Sarkohi A, Andersson G. Less positive or more negative? Future-directed thinking in mild to moderate depression. Cognitive Behaviour Therapy 2010; 39: 37-45.

6. MacLeod AK, Salaminiou E. Reduced future-thinking in depression: Cognitive and affective factors. Cognition and Emotion 2001; 15: 99-107.

7. Morina N, Deeprose C, Pusowski C, Schmid M, Holmes EA . Prospective mental imagery in patients with major depressive disorder or anxiety disorders. J Anxiety Disord 2011; 25: 1032-1037.

8. Szollosi A, Pajkossy P, Racsmany M. Depressive symptoms are associated with the phenomenal characteristics of imagined positive and negative future events. Applied Cognitive Psychology 2015; 29: 762-767.

9. Edmondson O.H, MacLeod AK. Pschological well-being and anticipated positive personal events: their relationship to depression. Clinical Psychology and Psychotherapy 2015; 22: 418-425.

10. Strunk DR, Lopez H, DeRubeis RJ. Depressive symptoms are associated with unrealistic negative predictions of future life events. Behav Res Ther 2006; 44: 861-882.

11. Trivedi MH, Greer TL. Cognitive dysfunction in unipolar depression: Implications for treatment. J Affect Disord 2014; 152-154: 19-27.

12. Vilhauer JS, Young S, Kealoha C, Borrmann J, IsHask WW, Rapaport MH, Hartoonian N, Mirocha J. Treating major depression by creating positive expectations for the future: A pilot study for the effectiveness of future—directed therapy (FDT) on symptom severity and quality of life. CNS Neurosci Ther 2012; 18: 102-109.

13. Snyder HR. Major depressive disorder is associated with broad impairments on neuropsychological measures of executive function: A meta-analysis and review. Psychol Bull 2013; 139: 81-132.

14. Wagner S, Doering B, Helmreich I, K Lieb, A Tadić. A meta-analysis of executive dysfunctions in unipolar major depressive disorder without psychotic symptoms and their changes during antidepressant treatment. Acta Psychiatr Scand 2012; 125: 281-292.

15. Lee RSC, Hermens DF, Porter M. Redoblado-Hodge MA. A meta-analysis of cognitive deficits in first-episode Major Depressive Disorder. J Affect Disord 2012; 140: 113-124.

16. Roca M, Vives M, Lopez-Navarro E, García-Campayo J, Gili M. Cognitive impairments and depression: a critical review. Actas Esp Psiquiatr 2015; 43: 187-93.

17. Rock PL, Roiser JP, Riedel WJ, Blackwell AD. Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. Psychol Med 2014; 44: 2029-2040.

18. Singh MK, Gotlib IH. The neuroscience of depression: Implications for assessment and intervention. Behav Res Ther 2014; 62: 60-73.

19. Damasio A. Descartes' error: Emotion, reason and the human brain. New York: Avon Books, 1994.

20. Beck AT, Ward C, Mendelson M. Beck depression inventory (BDI). Arch Gen Psychiatry 1961; 4: 561-571.

21. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliliği üzerine bir çalışma. Psikoloji Dergisi 1988; 6: 118-122.

22. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği ve güvenirliği. Psikoloji Dergisi 1989; 7: 3-13.

23. Şahin NH, Özsoy E. Kişilerarası Nörobiyoloji Temelli Yürütsel (Prefrontal) İşlevler Ölçeği: Özgün Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. VIII. Işık Savaşır Klinik Psikoloji Sempozyumu Poster Bildiri 2017; Ankara.

24. MacLeod AK. Affect, emotional disorder, and future-directed thinking. Cognition and Emotion 1996; 10: 69–86.

25. Ergüler H, Batıgün AD. Geleceğe Yönelik Öngörüler Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Klinik Psikiyatri Dergisi 2018; 21: 168-176.

26. Stöber J. Prospective cognitions in anxiety and depression: Replication and methodological extension. Cognition and Emotion 2000; 14: 725-729.

27. MacLeod AK, Tata P, Kentish J, Jacobsen H. Retrospective and prospective cognitions in anxiety and depression. Cognition ve Emotion 1997; 11: 467–479.

28. Richards D. Prevalence and clinical course of depression: A review. Clin Psychol Rev 2011; 31: 1117-1125.

29. Karabekiroğlu A, Topçuoğlu V. Gımzal- Gönentür, A. Karabekiroğlu K. İlk epizod majör depresyon ve yineleyici majör depresyon grupları arasında yönetici işlev farklılıkları. Türk Psikiyatri Dergisi 2010; 21: 280-288.

30. Kaygusuz CC, Arisoy O, Boztas MH, Sercan M. Comparison of the first episode and recurrent major depression patients in terms of cognitive function. Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2013; 26: 320-332.

31. Seligman MEP, Railton P, Baumeister RF, Sripada C. Navigating into the future or driven by the past. Perspectives on Psychological Science 2013; 8: 119-141.

32. Hepburn S, Barnhofer T, Williams JMG. Effects of mood on how future events are generated and perceived. Personality and Individual Differences 2006; 41: 801-811.

33. Greenwalk AG, Banaji MR, Rudman LA Farnham SD, Nosek BA, Mellott DS. A unified theory of implicit attitudes, stereotypes, self-esteem, and self-concept. Psychol Rev 2002; 109: 3-25.

34. Hussey I., Barnes-Holmes D. The implicit relational assessment procedure as a measure of implicit depression and the role of psychological flexibility. Cognitive and Behavioral Practice 2012; 19: 573–582.

35. Chan RCK, Shum D, Toulopoulou T, Chen EY. Assessment of executive functions: Review of instruments and identification of critical issues. Archives of Clinical Neuropsychology 2008; 23: 201-216.

Okulu bırakan ergenlerde depresyon ve anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi

Evaluation of depression and anxiety levels in school dropout adolescents

Mehmet Karadağ[1]
[1]Uzm. Dr., Mardin Devlet Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği, Mardin Türkiye https://orcid.org/0000-0002-4130-0494

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı bir çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniğine başvuran örgün eğitim sisteminden ayrılmış olan ergenlerin psikiyatrik tanılarının dağılımının ve anksiyete/depresyon düzeylerinin değerlendirilmesidir. **Yöntem:** Çalışmaya Mardin Devlet Hastanesi Çocuk Ergen Psikiyatrisi Kliniği' ne başvuran 12-18 yaş arası okulu bırakmış ergenler alınmıştır. Hastaların psikiyatrik tanıları DSM-V' e göre yapılan klinik görüşme ile belirlenmiştir. Ayrıca hastalara doldurmaları için sosyodemografik veri formu, Çocuklar için Depresyon Ölçeği ve Spielberger Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği verilmiştir. **Bulgular:** Araştırmaya 54 ergen dahil edilmiştir. Başvuran hastaların yaş ortalaması 15,7 idi. DSM-V' e göre yapılan klinik görüşme sonucunda olgularda en sık saptanan tanı Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu(DEHB)(n:16, %29.6) olmuştur. Bunu Depresif Bozukluklar(n:12, %22.2) ve Anksiyete Bozuklukları(n:9, %16.6) izlemiştir. Erkeklerde en sık izlenen tanı DEHB, kızlarda ise Depresif Bozukluklardır. Depresyon skorlarının ortalaması 21.8 puan ve 27(%58.7) hastanın kesme puanının üstünde olduğu, Durumsal Kaygı Ölçeği ortalaması 48.1 puan ve Sürekli Kaygı Ölçeği ortalamasının 50.8 puan olduğu görülmüştür. Kesme puanlarına göre yapılan değerlendirmede 36(%78.3) hastanın durumsal kaygı seviyesinin yüksek olduğu, 35(%76.1) hastanın sürekli kaygı seviyesinin yüksek olduğu bulunmuştur. **Sonuç:** Okulu bırakan ergenlerde psikopatoloji oranları, depresyon/anksiyete düzeyleri yüksektir.

Anahtar Sözcükler: Ergen, DEHB, Anksiyete, Depresyon, Okul Bırakma

SUMMARY

Objective: The aim of this study was to determine the distribution of psychiatric diagnoses and anxiety/ depression levels of adolescents who applied to a child and adolescent psychiatry department. **Method:** The study included adolescents aged 12-18 years who applied the Child and Adolescent Psychiatry Department of Mardin State Hospital. The psychiatric diagnoses of the patients were determined by clinical interview according to DSM-V. Besides, sociodemographic data form, Children's Depression Inventory and Spielberger State-Trait Anxiety Inventory were filled to the patients. **Results:** 54 adolescents were included in the study. The mean age of the patients was 15.7 years old. According to DSM-V Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) was found the most common diagnosis (n: 16, 29.6%). This was followed by Depressive Disorders (n: 12, 22.2%) and Anxiety Disorders (n: 9, 16.6%). The most common diagnosis is ADHD in boys and Depressive Disorders in girls. The mean depression score was 21.8 and 27 (58.7%) were above the cut-off score. The mean of the State Anxiety Scale found 48.1 and the mean of the Trait Anxiety Scale found 50.8. According to the cut-off scores, 36 (78.3%) of the patients had a high level of situational anxiety and 35 (76.1%) had a high level of trait anxiety. **Discussion:** Psychopathology rates and depression / anxiety levels are high peers in adolescents who drop out of school.

Key Words: Adolescence, ADHD, Anxiety, Depression, School dropout

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2020;23:274-279)
DOI: 10.5505/kpd.2020.72324

Makalenin geliş tarihi: 09.10.2019, Yayına kabul tarihi: 24.11.2019

GİRİŞ

Türkiye'de son 10 yılda eğitime erişimde önemli artış görülürken, eğitimini yarıda bırakıp okulu terk etme durumu ciddi bir sorun olmayı halen sürdürmektedir. Avrupa İstatistik Ofisi'nin (Eurostat) verilerine göre Türkiye, Avrupa ülkeleriyle kıyaslandığında okulu erken bırakma alanında ilk sırada yer alıyor. Eğitimini yarıda bırakanların sayısı bölgelere göre farklılık arz ediyor. Eurostat verilerine göre Güneydoğu Anadolu Bölgesi Türkiye'de eğitimin en sık yarıda bırakıldığı bölgedir (1). Ayrıca terör tehdidinin devam ettiği bölgelerde de okulu yarıda bırakanların oranı diğer bölgelere oranla daha fazladır (2). Bölgesel zorluklara ek olarak psikiyatrik hastalık varlığı da okulu erken bırakmada çok önemli etkenlerden birisidir (3). Yapılan araştırmalarda birçok içselleştirilmiş ve dışsallaştırılmış psikiyatrik belirtinin okulu erken bırakma ile ilişkisi olduğu belirlenmiştir (4,5, 6,7). Ayrıca okulu bırakan olgularda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), Davranış Bozukluğu, ergenlik çağı gebeliği, daha fazla suç oranı, daha fazla madde kullanımı gibi durumların varlığı bazı çalışmalarda gösterilmiştir (8,9,10). 18-25 yaş aralığındaki 19.312 gencin değerlendirildiği büyük örneklemli bir çalışmada okulu bırakan olgulardaki madde kullanımı, ruh sağlığı ve suç oranlarının dağılımı incelenmiştir. Yaş, cinsiyet, etnik köken, aile geliri, devlet yardımı, mesleki durum ve şehir yoğunluğu gibi karıştırıcı faktörlerin çoklu regresyon analizi kullanılarak dışlandığı bu çalışmada okulu erken bırakan olguların, nikotin bağımlılığı kriterlerini daha çok karşıladığı, geçmiş yıllardaki intihar oranlarının daha yüksek olduğu, suç oranlarının daha fazla olduğu görülmüştür (8).

Psikiyatrik hastalıkların çoğu ile okulu tamamlayamama arasında açık ilişkiler saptanmışken depresyon ve anksiyete bozuklukları ile ilgili ilişkiler henüz çok net değildir. Yapılan çalışma sayısı az olmakla birlikte çalışmaların çelişkili sonuçları vardır. Depresyonun temel semptomları arasında olan enerji azlığı, günlük aktivitelere karşı ilgisizlik okula devam etmeme için bir sebep olabilir. Ancak bu potansiyel risk depresyonun çevre tarafından fazla fark edilmemesi sebebiyle göz ardı edilebilmektedir (11). Sınıf düzenini bozmadıkları için dışsallaştırılmış problemlerin aksine acil bir durum olarak görülmezler. Anksiyete düzeylerinin örgün eğitimi yarıda bırakma ile ilişkisinin araştırıldığı uzunlamasına bir çalışmada ilkokul çağlarında başlayan anksiyete belirtilerinin ergenlik döneminde liseyi biterememeyi yordadığı belirlenmiştir (12). Veriler göz önüne alındığında örgün eğitimden ayrılan ergenlerde psikiyatrik hastalıkların ve anksiyete/depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi literatüre katkı sağlayacak bir konudur.Bu bağlamda çalışmamızın amacı bir çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniğine başvuran okulu bırakmış olan ergenlerin psikiyatrik tanılarının dağılımının yanı sıra anksiyete/depresyon seviyelerinin belirlenmesidir.

YÖNTEM

Okulu bırakan ergenlerin dahil edildiği çalışmamız Mayıs 2019-Eylül 2019 tarihleri arasında Mardin Devlet Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği'nde gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya herhangi bir sebeple kliniğimize başvuran 12-18 yaş arası ergenler alınmıştır. Başvuran olguların psikiyatrik tanılarının belirlenmesinde DSM-5 tanı ölçütleri kullanılmıştır. Ayrıca olgulara Çocuklar için Depresyon Ölçeği, Spielberger Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği ve araştırmacı tarafından hazırlanmış sosyodemografik veri formu doldurulmuştur. Araştırmaya katılan her olgudan ve yasal vasisinden yazılı onam alınmıştır.

Araştırma sırasında kullanılan ilk anket olan Çocuklar için Depresyon Ölçeği 6-18 yaş çocuk ve ergenlere uygulanabilen bir öz değerlendirme ölçeğidir. 27 maddeden oluşan ölçekte 3 farklı seçenek mevcuttur. Ergenden yaşadığı son iki haftayı göz önünde bulundurarak kendisi için en uygun cümleyi seçmesi istenir. Her madde belirti şiddetine göre 0,1 veya 2 puan alır. En yüksek puan 54' tür. Alınan puan ne kadar yüksekse, depresyonun derecesi o kadar yüksek demektir. Kovacs tarafından geliştirilen ölçeğin kesme noktası 19 puan olarak önerilir (13,14). Türkçe geçerlilik güvenilirliği 1991 yılında yapılmış olup, Türk popülasyonunda geçerli ve güvenilir bulunmuştur (15). Spielberger Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, 1964 yılında bireylerin kaygı seviyelerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (16). Daha sonra ergenlerde de geçerlilik güvenilirliği yapılmıştır (17).

Anket 9 yaşından büyük bireylerde kullanılabilmektedir. Ölçek bir öz değerlendirme envanteri olup, 40 sorudan oluşmaktadır. İlk 20 soru durumluluk kaygı ölçeği, ikinci 20 soru sürekli kaygı ölçeği şeklinde ayrı ayrı değerlendirilir. Ölçekte yer alan bütün maddeler 1-4 puan arasındadır. Alınabilecek en yüksek puan 80' dir. Alınan puan ne kadar büyükse kaygı seviyesinin o kadar yüksek olduğunu işaret eder. Türkçe geçerlilik güvenilirliği Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır[18]. Araştırmada SPSS-22 paket programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadığının değerlendirmesi histogram grafiği ve Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilks testleri ile yapılmıştır. Normal dağılım gösteren verilerde Ki-Kare Testi, Fisher's Exact testi ve Student's t testi uygulanmış, normal dağılmayan verilerin değerlendirmesinde Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Veriler arası korelasyonu değerlendirmek için Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerde sayısal değişkenler için Ortalama±Standart Sapma (±SD), kategorik değişkenler için yüzde (%) kullanılmıştır. P<0.05 anlamlı kabul edilmiştir. Çalışma için Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi Etik Kurulu' ndan onay alınmıştır.

Tablo 1. Sosyodemografik Özellikler

Ortalama yaş	15.7± 1.55 yıl (min:12,max:18)
Cinsiyet	
-Erkek	32 (%59,3)
-Kız	22(%40,7)
Kardeş Sayısı	5,6±3,03 (min:1, max:19)
Annelerin Yaşlarının Ortalaması	42,9±8,54 yıl (min: 30, max: 68)
Babaların Yaşlarının Ortalaması	46,7±8,02 yıl (min: 30, max: 67)
Aile Yapısı	
Anne-Baba Evli	49 (% 90.7)
Anne-Baba Ayrı	2 (%3.7)
Ebeveynlerden Biri Vefat Etmiş	3 (% 5.6)
Yaşadığı Yer	
İl merkezi	17 (%31.5)
İlçe merkezi	24 (%44.4)
Köy-Kasaba	13 (%24.1)
Okul Bırakma Dönemleri	
İlkokul	7 (%13)
Ortaokul	39 (%72.2)
Lise	8 (%14.8)
Okulu Bırakma Sebebi	
Kendi isteği ile	39 (%72.2)
Aile isteği ile	12 (%22.2)
Mental retardasyon sebebi ile	3 (%5,6)
Ebeveynlerde Psikopatoloji Varlığı	
Anneler	6 (%11.1)
Babalar	5 (%9,3)
Daha önce psikiyatrik başvuru	
Var	26(%48,1)
Yok	28 (%51.9)

BULGULAR

Araştırmaya toplamda 54 ergen alınmıştır. Alınan hastaların yaş ortalaması 15.7' dir. Hastaların 32 (%59.3)' si erkek, 22(%40.7)' si kızlardan oluşuyordu. Başvuru yapan ergenlerin %44.4' ü ilçe merkezinde yaşıyordu. Olguların yaşadıkları yer ile psikiyatrik tanılar arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. (p:0,8) Olgular en sık ortaokul döneminde(%72.2) ve kendi istekleri(%72.2) ile okulu bırakmışlardı. Hastaların yarısından fazlası ilk defa bir psikiyatri kliniğine başvuru yapmıştı (28-%51.9). Tablo 1'de olgulara ait diğer sosyodemografik veriler gösterilmektedir.

DSM-5' e göre yapılan klinik görüşme sonucunda olgularda en sık saptanan tanı DEHB olmuştur. Başvuran 16 hastada DEHB tanısı mevcuttu. Bu hastalarında yalnızca birinde DEHB tek tanı iken, diğer 15 hastanın ek tanıları olduğu görüşmüştür. DEHB'yi sırasıyla Depresif Bozukluklar (%22.2) ve Anksiyete Bozuklukları (%16.6) takip etmektedir. Tanısal farklılık açısından yapılan istatistiksel incelemede erkeklerle kızlar arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.Cinsiyete göre yapılan karşılaştırmada kızlarda en sık görülen tanı Depresif Bozukluklar (n:9, %28.7), erkeklerde en sık görülen tanı DEHB (n:12, %54.5) olarak gözlenmiştir. DEHB tanısının erkeklerde kızlara göre (p<0.001), Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarının ise kızlarda erkeklere göre istatistiki olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (p<0.001). Madde Kullanım Bozukluğu olan 3 olguda DEHB ve Davranış Bozukluğu tanıları vardı ve olguların hepsi erkekti. Başvuran olguların sadece birinde DSM-5'e göre herhangi bir aktif psikopatoloji saptanmamıştır. Tablo 2' de hastalarda saptanan tüm tanılar ayrıntılı bir şekilde gösterilmiştir.

Olguların öz bildirimleri sonucu değerlendirilen anketlerde, Depresyon skorlarının ortalama 21,8 puan ve 27 (%58,7) hastanın kesme puanının üstünde olduğu görülmüştür. Kaygı seviyelerinin değerlendirildiği ölçekte ise Durumsal Kaygı Ölçeği ortalamasının 48,1 puan, Sürekli Kaygı Ölçeği ortalamasının 50,8 puan olduğu görülmüştür. Kesme puanlarına göre yapılan değerlendirmede hastalarının 36(%78,3)' sının

Tablo 2. Hastaların DSM-5' e göre psikiyatrik tanılarının dağılımı

Tanı	Sayı (n)	Yüzde (%)
DEHB+Davranış Bozukluğu	12	22.2
Depresif Bozukluklar	10	18.5
Anksiyete Bozuklukları	7	13
Mental Retardasyon	5	9.3
Travma Sonrası Stres ve İlişkili Bozukluklar	3	5,6
Bipolar ve İlişkili Bozukluklar	3	5,6
DEHB+DB+ Çoklu Madde Kullanım Bozukluğu	3	5,6
Bedensel Belirti Bozukluğu	2	3,7
Depresif Bozukluklar+Anksiyete Bozuklukları	2	3,7
Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar	2	3,7
DEHB	1	1,9
Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar	1	1,9
Yeme Bozuklukları	1	1,9
Eliminasyon Bozuklukları	1	1,9
Aktif Psikopatoloji Yokluğu	1	1,9

durumsal kaygı seviyesinin yüksek olduğu, 35 (%76,1)' inin sürekli kaygı seviyesinin yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca yapılan korelasyon analizinde Depresyon skorları ile hem durumluluk ($p<0.001$, r:0,50) hem de süreklilik ($p<0.001$, r:0,54) kaygı skorları arasında orta seviyede pozitif korelasyon olduğu görülmüştür (TABLO 3).

TARTIŞMA

Çalışmamızın genel olarak sonuçları incelendiğinde hipotezlerimizle uyumlu olarak hastaların hem DEHB, Depresif Bozukluklar ve Anksiyete Bozuklukları tanıları yüksek oranda hem de depresyon-anksiyete düzeyleri yüksek seviyelerde bulunmuştur. DEHB küçük yaşlarda başlayan ve hayat boyu devam edebilen nörogelişimsel bir bozukluktur (19). Yapılan çalışmalar DEHB'li çocuklarda mevcut olan dikkatsizlik ve hiperaktivite semptomlarının okul başarısının düşüklüğü ile ilgili kuvvetli bağlantıları olduğu göstermektedir (20). Ek olarak DEHB ile komorbiditesi yüksek Davranış Bozukluğu gibi dışsallaştırılmış semptomların ön planda olduğu bozukluklara da sahip olanlar hem akademik hem de diğer alanlarda akranlarına göre daha kötü performans göstermektedirler (20). Nitekim bizim çalışmazda DEHB' nin en sık görülen bozukluk olmasının yanında, DEHB' ye en sık Davranış Bozukluğu' nun eşlik ettiği görülmüştür. 2017 yılında DEHB' li çocuklarla yapılan bir çalışmada bizim çalışmamızla uyumlu olarak DEHB' ye eşlik eden Davranış Bozukluğunun olmasının yüksek oranda okul bırakma ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (4). Aynı çalışmada DEHB tanılı olguların cinsiyet dağılımı incelendiğinde; erkek/kız oranı 3.6:1 olarak bulunmuştur[4]. Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak DEHB tanılı olgularda cinsiyet dağılımı erkekler lehine fazla olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda özellikle kızlarda olmak üzere diğer yüksek tanılar Depresif Bozukluklar ve Anksiyete Bozukluklarıdır. Ayrıca hastaların hem depresyon hem de kaygı anketlerindeki puan ortalamaları anketlerin kesme puanlarının üzerindedir. Literatürde depresif ve anksiyete semptomlarının okulu tamamlayamama ile ilişkili olabileceğine dair yayınlar bulunmaktadır (21,22,23). Tersine bu semptomların okul bırakmaya olan etkisinin fazla olmadığına dair yayınlar olduğu da görülmüştür (24). Bu çalışmalarda da görüldüğü gibi hala aydınlatılmamış noktalar mevcuttur. 2016 yılında yapılan gözden geçirmede içselleştirilmiş semptomların okul bırakma konusunda katkısının dışsallaştırılmış semptomların yarattığı karışıklıklardan kaynaklandığı, bunlar dışlandığında içselleştirilmiş semptomların ek bir risk faktörü olmadığı söylenmiştir[24]. Ancak daha

Tablo 3: Okulu bırakan ergenlerin depresyon ve anksiyete seviyeleri

	Ortalama ölçek puanları	Kesim noktalarına göre oranlar (n,%)
Kovacs Depresyon Ölçeği	21,8 ± 8,3 (min: 7, max: 38)	Düşük: 19, %41,3
		Yüksek: 27, %58,7
STAI Durumsal Anksiyete Ölçeği	48,1±10,4 (min: 27, max: 75)	Düşük: 10, %21,7
		Yüksek: 36, %78,3
STAI Sürekli Anksiyete Ölçeği	50,8±10,3 (min: 29, max: 71)	Düşük: 11, %23,9
		Yüksek: 35, %76,1

sonra 2017 yılında Kanada' da 6773 kişi ile yapılan büyük bir çalışmada içselleştirilmiş semptomların okul bırakma üzerinde etkisi olduğu, daha önceki çalışmaların bu semptomların ne zaman var olduğu ile ilgilenmedikleri için ilişki bulamadıklarını belirtmiştir. Bu çalışma ergenlerde süregelen depresyon varlığında okul bırakma ile ilişkili olduğunu, ancak semptomsuz en az birkaç ay varlığında ilişkinin azaldığını bulmuştur (22). Bu açıdan bakıldığında bizim çalışmamızla uyumlu olarak Depresif Semptomların okul terki üzerine etkisi olduğuna dair veriler güçlenmektedir.

Anksiyete semptomlarının okul bırakmaya etkisi ile ilgili kısıtlı veriler bulunmaktadır. Bizim araştırmamızda olguların birçoğunun anksiyete düzeyleri kesme puanının üstündeydi. Özellikle kız olgularda anksiyete bozuklukları tanısının daha yoğun olduğu görülmüştür.Yapılan literatür taramasında üç çalışmada anksiyete seviyesinin yüksekliği ile okul bırakma arasında ilişki olduğu belirtilmiştir (25,26,27). Ancak hala anksiyete semptomlarının neden mi sonuç mu olduğu netleştirilememiştir. Anksiyete semptomlarının okulu erken bırakmaya olan etkisini araştıran başka bir çalışma diğer tüm çalışmalardan farklı olarak anksiyete düzeyi ile erken okul bırakma arasında eğrisel bir ilişki (Curvilinear Relationship) bulmuştur. Bu çalışmanın verilerine göre çok yüksek ve çok düşük anksiyete düzeyleri erken okul bırakma ile ilişkili bulunmuştur (21). Cinsiyete göre farklılıkların değerlendirildiği çalışmalarda okul bırakan kızlarda anksiyete ve depresyon belirtilerinin daha fazla olduğu gösterilmiştir (6,28). Bu bulgular bizim de çalışmamızda yer alan verilerle uyumlu görünmektedir.

Örneklem sayısının yeterli sayıda olmaması, kontrol grubunun olmaması çalışmanın kısıtlılıkları arasındadır. Ayrıca çalışmanın kesitsel olarak yapılmış olması özellikle anksiyete ve depresif semptomların okul bırakmanın bir sebebi mi yoksa okulu bıraktıktan sonra meydana gelen sonuç mu olduğu konusunda karışıklığı gideremektedir.

Bu çalışma ile okulu erken bırakan ergenlerdeki anksiyete ve depresif semptomların yüksekliği gösterilmiştir. Ayrıca okulu erken bırakan ergenlerde DEHB, Depresif Bozukluklar ve Anksiyete Bozuklukları başta olmak üzere tüm psikiyatrik bozuklukların olabileceği ve dikkatle taranması gerektiği sonucuna varılmıştır. Ek olarak okulu erken bırakma ile ilişkili risk faktörlerinin karıştırıcı faktörlerden arındırılarak netleştirilmesi için daha geniş örneklemli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr., Mehmet Karadağ, Mardin Devlet Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği, Mardin, Türkiye
mehmetkaradag1988@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Early leavers from education and training 2018. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Early_leavers_from_education_and_training.

2. Maguen S, Papa A, Litz BT. Coping with the threat of terrorism: A review. Anxiety, stress, coping. 2008;21:15-35.

3. Hjorth CF, Bilgrav L, Frandsen LS, Overgaard C, Torp-Pedersen C, Nielsen B, Boggild H. Mental health and school dropout across educational levels and genders: a 4.8-year follow-up study. BMC Public Health. 2016;16:976. Epub 2016/09/16.

4. Mirza H, Roberts E, Mohammed A-B, Humaid A-S, Amira A-H, Jeyaseelan L, Samir A-A. School dropout and associated factors among Omani children with attention-deficit hyperactivity disorder: A cross-sectional study. Journal of Developmental Behavioral Pediatrics. 2018;39:109-115.

5. Lee S, Tsang A, Breslau J, Aguilar-Gaxiola S, Angermeyer M, Borges G, Bromet E, Bruffaerts R, De Girolamo G, Fayyad J. Mental disorders and termination of education in high-income and low-and middle-income countries: epidemiological study. The British Journal of Psychiatry. 2009;194:411-417.

6. Fletcher JM. Adolescent depression: diagnosis, treatment, and educational attainment. Health economics. 2008;17:1215-1235.

7. Veldman K, Bültmann U, Stewart RE, Ormel J, Verhulst FC, Reijneveld SA. Mental health problems and educational attainment in adolescence: 9-year follow-up of the TRAILS study. PLoS One. 2014;9:e101751.

8. Maynard BR, Salas-Wright CP, Vaughn MG. High school dropouts in emerging adulthood: Substance use, mental health problems, and crime. Community mental health journal. 2015;51:289-299.

9. Prakash R, Beattie T, Javalkar P, Bhattacharjee P, Ramanaik S, Thalinja R, Murthy S, Davey C, Blanchard J, Watts C. Correlates of school dropout and absenteeism among adolescent girls from marginalized community in north Karnataka, south India. Journal of adolescence. 2017;61:64-76.

10. Hunt FM. Dropping out from school: A cross country review of literature. 2008.

11. Moor S, Ann M, Hester M, Elisabeth WJ, Robert E, Robert W, Caroline B. Improving the recognition of depression in adolescence: Can we teach the teachers? Journal of adolescence. 2007;30:81-95.

12. Duchesne S, Vitaro F, Larose S, Tremblay RE. Trajectories of anxiety during elementary-school years and the prediction of high school noncompletion. Journal of youth adolescence. 2008;37:1134-1146.

13. Kovacs M. Rating scales to assess depression in school-aged children. Acta Paedopsychiatrica: International Journal of Child Adolescent Psychiatry. 1981;46:305-315.

14. Kovacs M. The children's depression inventory (CDI). J Psychopharmacol bull. 1985;21:995-998.

15. Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 1991;2:132-136.

16. Spielberger CD. STAI manual for the state-trait anxiety inventory. Self-Evaluation Questionnaire. 1970:1-24.

17. Carey MP, Faulstich ME, Carey TC. Assessment of anxiety in adolescents: Concurrent and factorial validities of the Trait Anxiety scale of Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory for Children. Psychological reports. 1994.

18. Öner N, Le Compte A. Süreksiz durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El kitabı. 2 ed. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi; 1998.

19. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.

20. Loe IM, Feldman HM. Academic and educational outcomes of children with ADHD. Journal of pediatric psychology. 2007;32:643-654.

21. Brière FN, Pascal S, Dupéré V, Castellanos-Ryan N, Allard F, Yale-Soulière G, Janosz M. Depressive and anxious symptoms and the risk of secondary school non-completion. The British Journal of Psychiatry. 2017;211:163-168.

22. Dupéré V, Dion E, Nault-Brière F, Archambault I, Leventhal T, Lesage A. Revisiting the link between depression symptoms and high school dropout: timing of exposure matters. Journal of Adolescent Health. 2018;62:205-211.

23. Leach LS, Butterworth P. The effect of early onset common mental disorders on educational attainment in Australia. Psychiatry research. 2012;199:51-57.

24. Melkevik O, Nilsen W, Evensen M, Reneflot A, Mykletun A. Internalizing disorders as risk factors for early school leaving: a systematic review. Adolescent Research Review. 2016;1:245-255.

25. Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. Journal of affective disorders. 1993;29:85-96.

26. Breslau J, Lane M, Sampson N, Kessler RC. Mental disorders and subsequent educational attainment in a US national sample. Journal of psychiatric research. 2008;42:708-716.

27. Breslau J, Miller E, Chung W-JJ, Schweitzer JB. Childhood and adolescent onset psychiatric disorders, substance use, and failure to graduate high school on time. Journal of psychiatric research. 2011;45:295-301.

28. Kandel DB, Davies M. Adult sequelae of adolescent depressive symptoms. Archives of general psychiatry. 1986;43:255-262.

Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların şiddeti tanıma ve şiddetten etkilenme durumu

Recognition of violence and being affected by violence in psychiatric outpatients

Elif Nurgül Sungur[1], Ezgi Hancı Yenigün[2], Nalan Kalkan Oğuzhanoğlu[3], Bengü Yücens[4]
[1]Uzm. Dr., Karaman Devlet Hastanesi, Karaman, Türkiye, https://orcid.org/0000-0002-9074-0955
[2]Uzm. Dr., Serbest Psikiyatri Hekim, İstanbul, Türkiye, https://orcid.org/0000-0003-1953-9869
[3]Prof.Dr., [4]Dr.,Öğr. Üyesi Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Denizli, Türkiye
https://orcid.org/0000-0003-3842-2711-https://orcid.org/0000-0002-4721-7288

ÖZET

Amaç: Şiddet önemli bir toplumsal sorundur ve ruh sağlığı üzerinde de olumsuz etkileri bulunmaktadır. Bu çalışmada, psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların şiddeti nasıl tanımladıklarının, şiddete maruz kalma sıklıklarının ve şiddetten etkilenme alanlarının saptanması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışmaya psikiyatri polikliniğine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 199 hasta dahil edildi. Hastaların sosyodemografik özellikleri ve şiddete yönelik ayrıntılı değerlendirmeleri, şiddetle ilgili literatür gözden geçirilerek araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu ile incelendi. **Bulgular:** Şiddet, çalışmaya katılan kadınların %78.9'u ve erkeklerin %75.5'i tarafından fiziksel olarak tanımlandı. Her iki cinsiyet de şiddetin en sık nedeninin "söz dinlenmemesi/sinirlendirici davranışta bulunulması" olduğunu; şiddeti önleyebilecek etkenlerin başında eğitimin olduğunu belirtti. Hastaların %56'sının (kadınların %56.8'i, erkeklerin ise %55.9'u) şiddete maruz kaldığı ve kadınların erkeklerden daha sık cinsel şiddete maruz kaldığı saptandı. Şiddete maruz kalanlarla kalmayanlar arasında cinsiyet, eğitim durumu, meslek ve psikiyatrik bozukluk tanı dağılımı açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Şiddete maruz kalan hastaların sosyal işlevselliklerinin, kişisel ve sosyal performanslarının, maruz kalmayan hastalardan daha düşük olduğu saptandı. **Sonuç:** Şiddet, psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda yaygındır. Şiddet, psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olduğundan ve işlevselliği bozduğundan klinisyenler tarafından ruhsal değerlendirme sırasında rutin şekilde sorgulanmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Psikiyatrik tanı, şiddet, aile içi şiddet, cinsiyete dayalı şiddet

SUMMARY

Objective: Violence continues to be an important public problem and has negative effects on mental health. In this study, it was aimed to determine the recognition of violence by psychiatric outpatients, the prevalence of violence against psychiatric outpatients and how they are affected by violence. **Method:** The study included 199 patients who admitted to the general psychiatry outpatient clinic and accepted to participate in the study. The sociodemographic features and detailed assessments of patients on violence were examined with the questionnaire prepared by reviewing the literature on violence. **Results:** 78.9% of females and 75.5% of males participated in the study recognized violence physically. Both female and male patients mentioned that "disobedience / irritating behavior" was the most common cause of violence and, "education" was the most obvious factor that can prevent violence. It was found that 56% of the patients (56.8% of females and 55.9% of males) were subjected to violence and, females were subjected to sexual violence more frequently than males. There was no significant difference between patients subjected to violence and those who were not in terms of gender, educational status, occupation, and psychiatric diagnosis. The social functionality, personal and social performances of the patients who were subjected to violence were lower than those who were not subjected to violence. **Discussion:** Violence is a common problem among psychiatric outpatients. Because violence is associated with psychiatric disorders and disrupts functionality, clinicians should routinely screen violence during psychiatric evaluation.

Key Words: Psychiatric diagnosis, violence, domestic violence, gender-based violence

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2020;23:280-289)
DOI: 10.5505/kpd.2020.43926

Makalenin geliş tarihi: 10.09.2019, Yayına kabul tarihi: 03.12.2019

GİRİŞ

Şiddet önemli bir toplum sağlığı sorunudur ve ruh sağlığı ile de yakından ilişkilidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) şiddeti, "fiziksel güç veya iktidarın kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulanması sonucunda maruz kalan kişide yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açması ya da açma olasılığı bulunması" durumu olarak tanımlar (1). Şiddet eylemini gerçekleştirenlerin özelliklerine göre şiddet kendine yönelik, kişilerarası ve kitlesel şiddet olmak üzere 3 sınıfa ayrılır: 1. Kendine yönelik şiddet: self mutilasyon ve suisidal davranışlar, 2. Kişilerarası şiddet: aile/eş ve toplum kaynaklı, 3. Kitlesel şiddet: sosyal, politik ve ekonomik şiddet şeklinde daha spesifik türlere ayrılır. Şiddet eylemleri kişinin nasıl etkilendiğine göre de fiziksel, cinsel, psikolojik, yoksunluk/ihmali içeren 4 farklı şekilde değerlendirilir (2).

Tüm dünyada 15-44 yaş grubundaki kişiler arasında en önemli ölüm nedenlerinden birisi şiddettir ve en yaygın görülen biçimi erkeğin kadına ve çocuğa karşı uyguladığı aile içi şiddettir (3). DSÖ dünya genelinde kadınların %30'unun yaşamları boyunca en az bir kere eşleri tarafından uygulanan fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kaldığını ve öldürülen kadınların ise %38-50'sinin eşi ya da sevgilisi tarafından öldürüldüğünü, erkeklerde ise bu oranın %6 olduğunu bildirmiştir (4). 'Kadına yönelik şiddet: Avrupa Birliği geneli anket sonuçları 2014' raporunda Türkiye genelinde yaşamlarının herhangi bir döneminde fiziksel şiddete maruz kalmış kadınların oranı %36, cinsel şiddete maruz kalmış kadınların oranı ise %12 olarak saptanmıştır (5). Ülkemizde "Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü" tarafından 2009 yılında yürütülen kadına yönelik şiddet araştırmasına göre ise, ülkemizdeki kadınların %42'si şiddet türlerinden en az birini yaşamıştır ve yaşamaya devam etmektedir (6). Şiddet görme şiddete başvurma eğilimini arttırmakta ve bu durum şiddetin kuşaktan kuşağa geçerek sıklığının giderek artmasına neden olmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda yapılan bir araştırmada, kadınların %36.4'ünün fiziksel şiddetten yakındığı, %71.4'ünün geçmişteki ya da şimdiki gebelik döneminde ruhsal/sözel, fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır (7). 2018 yılında Ankara'nın bir ilçesinde 15-44 yaş arası kadınların %40'ının son bir yılda şiddete maruz kaldığı, bu şiddetin %9.2'sinin fiziksel, %41.7'sinin duygusal, %3.3'ünün cinsel şiddet olduğu, ayrıca kadınların %39.2'sinde fiziksel ve duygusal şiddetin birlikte görüldüğü belirlenmiştir (8). Şiddet bu kadar yaygın görüldüğünden ilişkili olduğu sosyodemografik özelliklerin anlaşılması önlenebilmesi açısından önem taşımaktadır. Gelir düzeyi ilk akla gelen özelliklerden biridir ve 2000 yılında yapılan bir araştırmada da düşük-orta gelir düzeyindeki ülkelerde şiddete bağlı ölüm oranı (32.1/100000) yüksek gelir düzeyindeki ülkelerdeki oranın (14.4/100000) yaklaşık 2 katı kadar bulunmuştur (9). Eş şiddeti ve cinsel şiddet riskini artıran nedenler arasında düşük eğitim, çocuklukta şiddete maruz kalmak, yakın ilişkilerde güç eşitsizliği, şiddeti kabul eden tutumlar ve cinsiyet eşitsizliği yer almaktadır (4).

Şiddetin tanımlanması bireylerin ve toplumun sosyokültürel değerleri ile şekillenmektedir. Bu nedenle şiddet, toplumun benimsediği ve meşru gördüğü bir amaç için gündeme geldiğinde o davranışın şiddet olarak algılanması oldukça güç olmaktadır (10). Şiddetin belli yaşam alanlarında (ev, okul, iş yeri) ve bu alanlardaki bireylere (kadın, çocuk, yaşlı, psikiyatrik hasta…) uygulanması kabul edilir bir davranış olarak algılandığında sıradanlaşarak kendini yineler. Şiddetin yinelenmesiyle tıbbi, davranışsal ve ruhsal sonuçları daha da ağırlaşır. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), kronik depresyon ve psikosomatik bozukluklar sık görülen tanılar olmakla birlikte (11–14) şiddete maruz kalanlarda öfke, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının da sık olduğu belirtilmiştir (15). Yakın zamanda ülkemizde yapılan bir çalışmada aile içi şiddete maruz kalan kadınların Beck Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon tanısı alma oranı (%30.8), aile içi şiddete maruz kalmayanlara (%8.3) göre daha yüksek saptanmıştır (8). Psikiyatrik hastalığı olan kadınlarda da aile içi şiddete maruz kalmak anksiyete, depresyon düzeylerinin ve intihar girişimlerinin artışına neden olmaktadır (16). Şiddete maruz kalma ayrıca kardiyovasküler hastalık, kanser, kronik akciğer hastalığı, karaciğer hastalığı gibi ölüm nedenleri için önemli risk faktörleri olan sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımı gibi yüksek riskli davranışlarla da güçlü bir şekilde

ilişkilidir (17,18). Yakın eş şiddetine maruz kalan kadınların maruz kalmayan kadınlara kıyasla alkol kullanım bozukluğuna sahip olma olasılıkları iki kat, depresyon geçirme ihtimali iki kat ve intihar girişimi riski 4.5 kat daha fazladır. Partneri dışındaki kişiden cinsel şiddete maruz kalan kadınlarda alkol kullanma bozukluğu riski maruz kalmayan kadınlara göre 2.3 kat, depresyon veya anksiyete olasılığı da 2.6 kat daha fazladır (19). Şiddetin psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi bu kadar belirgin ise ruhsal yakınmalarla başvuran kişilerde şiddetin mutlak sorgulanması gereken bir durum olduğu da aşikardır. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarla yapılan bir çalışmada da bu görüşü doğrular şekilde kadınların %70.1'inin evliliğinde sözel şiddet, %49'unun fiziksel şiddete maruz kaldığı, sözel şiddete maruz kalanların %65.3'ünün fiziksel şiddete de maruz kaldığı saptanmıştır (20).

Toplumda yaygın olan şiddet psikiyatrik belirtilerle yakından ilişkilidir ve şiddetten psikiyatrik hastalar da sıklıkla etkilenmektedir. Bu çalışmanın amacı psikiyatri polikliniğine başvuran ve psikiyatrik bozukluk tanısı alan kadın ve erkek hastaların şiddeti nasıl tanımladıklarının, şiddete maruz kalma sıklığının ve şiddetten etkilenme alanlarının saptanmasıdır.

YÖNTEM

Psikiyatri polikliniğine bir ay içerisinde başvuran ve psikiyatrik tanıları poliklinik sorumlu hekimleri tarafından DSM IV-TR ölçütlerine göre belirlenen ardışık tüm hastalar çalışma için bilgilendirilmiştir. İletişimi bozacak denli ağır psikiyatrik ve fiziki hastalığı olmayan, en az bir psikiyatrik tanı konan ve çalışmaya katılmak için onam veren 18-69 yaş arası 199 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırma için yerel etik kurul onayı ve katılımcıların yazılı onamları alınmıştır. Yerel etik kurul onayı tarihi/sayısı 22.01.2014/02-4451'dir.

Katılımcıların sosyodemografik bilgileri kaydedildikten sonra maruz kalınan şiddet yüz yüze görüşmede anket soruları ile değerlendirilmiştir. Anket, şiddetle ilgili literatür ve ölçekler gözden geçirilerek hazırlanmış alt başlıklar içeren 12 sorudan oluşturulmuştur. Uygulanan anket formu Tablo 1'de verilmiştir. Anket formunda bulunan şiddet türü ile ilgili sorularda katılımcılara önce şiddet türlerinin alt başlıklarından yola çıkılarak seçenekler söylenmiş, daha sonra alınan yanıt doğrultusunda şiddetin türünün fiziksel, sözel, psikolojik ve cinsel şiddet olup olmadığı belirlenmiştir. Veriler SPSS 18.0 paket programıyla analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde t-test ile ki-kare testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler ortalama ± standart sapma, kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verilmiştir, $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya katılmayı kabul eden 199 kişinin 71'i (%35.7) erkek, 128'i (%64.3) kadındı. Yaş ortalaması 34.7±13'tü (18-69 yaş). Hastaların %27.9'u öğrenci, %26.2'si işsiz, %20.2'si serbest meslek sahibi, %10.9'u emekli, %7.7'si memur, %4.9'u işçiydi. Kadınların % 25.8'i ilkokul, % 11.3'ü ortaokul, % 15.3'ü lise, %47.6'sı üniversite mezunu; erkeklerin % 24.3'ü ilkokul, % 12.9'u ortaokul, % 15.7'si lise, %47.1'i üniversite mezunu olarak belirlendi. Cinsiyetler arasında eğitim durumları açısından anlamlı farklılık yoktu ($p=0.987$, $x^2=0.140$). Kadınların çoğu (%41.4) çalışmıyor, erkeklerin çoğu (%31.3) serbest meslek sahibiydi. Meslek dağılımları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptandı ($p<0.001$, $x^2=41.737$).

Hastalara en sık konulan tanı %60.8 ile duygudurum bozuklukları (bipolar bozukluk ve depresyon) kümesindendi. Sonra sırasıyla anksiyeteyle ilişkili bozukluklar (anksiyete bozukluğu, uyum bozukluğu), psikotik bozukluklar (şizofreni, şizoaffektif bozukluk) ve diğer tanılar (DEHB, organik mental bozukluk) yer aldı. Cinsiyete göre psikiyatrik bozukluk tanılarının dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir. Cinsiyetler arasında tanı dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0.223$, $x^2=4.386$).

Şiddeti tanımlayan seçenekleri belirtmeleri istendiğinde kadınlar da erkekler de şiddeti en sık fiziksel olarak tanımladı ve her iki cinsiyet de şiddet nedenleri arasında en sık "söz dinlenmemesi/sinirlendirici davranışta bulunulması" seçeneğini belirt-

Tablo 1. Hastalara uygulanan şiddet ile ilgili anket formu

Aşağıda şiddete ilişkin görüşlerinizi anlamaya yönelik sorular bulunmaktadır. Her bir soruda size uygun gelen şık/şıkları işaretleyiniz.
1-Size göre şiddeti tanımlayan şık/şıkları X ile işaretleyiniz
a. tokat atma ( )   b. kesici alet, silah vs. ile yaralama ( )   c. bir eşyayı fırlatma ( )   d. küfür, hakaret etme ( )   e. istemeyen birine cinsel temas, zorla cinsel ilişki kurma ( )   f. geçimsizlik, tartışma ( )   g. tehdit etme ( )   h. para ya da yiyecek vermeme ( )   ı. dayak, tekmeleme ( )   i. beden dilinin saldırıya yönelik kullanımı (el hareketi, sert bakış vs) ( )   j. diğer (açıklayınız)……..
2-Şiddetin nedenleri olarak kabul ettiğiniz şık/şıkları X ile işaretleyiniz
a. söz dinlenmemesi ( )   b. sinirlendirici bir davranışta bulunulması( )   c. görevin yerine getirilmemesi ( )   d. ekonomik nedenler   e. geleneklere aykırı davranılması ( )   f. diğer (açıklayınız)……..
3-Sizce şiddeti haklı gösteren nedenleri X ile işaretleyiniz.
a. yalan söylenmesi ( )   b. namusa dil uzatılması ( )   c. namusu kirlenmiş bir kadının şerefinin kurtarılması ( )   d. toplumsal kurallara aykırı davranılması ( )   e. toplumsal düzenin korunması ( )   f. hakaret edilmesi ( )   g. saldırılması ( )   h. şiddetin haklı nedeni yoktur ( )   ı. diğer……
4-Sizce şiddeti önleyebilecek etkenler arasında uygun olan/olanları X ile işaretleyiniz
a. eğitim ( )   b. gelir düzeyinin yüksek olması ( )   e. ailede hem kadın hem kocanın iş sahibi olması ( )   d. ailede sadece kocanın çalışması ( )   e. kadınların daha yumuşak karakterli olması ( )   f. diğerlerine karşı önyargıların olmaması ( )   g. gelenek-göreneklere uygun yaşama (töre, inanç…) ( )   h. yasalar ( )   ı. yasaların uygulanmasıyla ilgili yetkilerin arttırılması ( )   i. diğer (ekleyiniz) ……
5- Hayatınız boyunca en az bir kez herhangi bir şiddet olayı yaşadınız mı?   hayır ( ) evet ( )
6- Yanıtınız evet ise aşağıdakilerden hangisi/hangileri yaşadığınız olayı tanımlıyor X ile işaretleyiniz.
a. tokat atma ( )   b. kesici alet, silah vs. ile yaralama ( )   c. bir eşyayı fırlatma ( )   d. küfür, hakaret etme ( )   e. istemeyen birine cinsel temas, zorla cinsel ilişki kurma ( )   f. geçimsizlik, tartışma ( )   g. tehdit etme ( )   h. para ya da yiyecek vermeme ( )   ı. dayak, tekmeleme ( )   i. beden dilinin saldırıya yönelik kullanımı (el hareketi, sert bakış vs) ( )
7- Geçmişte yaşadığınız şiddet olayı varsa olaydan sonra değişen ve halen devam eden işlevsellik durumunuzu belirten soruları okuyun ve en uygun cevabı işaretleyin.
1. Çevrenizle uyum sorunu yaşıyor musunuz?   yaşıyorum ( ) yaşamamak için çabalıyorum ( ) yaşamıyorum ( )   2. Evden dışarı çıkma sıklığınızda azalma oldu mu?   değişiklik olmadı ( ) azalma oldu ( )   3. Çevrenizdeki kişilerin taleplerine nasıl tepki gösteriyorsunuz?   olumsuz ilişki (huzursuz olma, onları tersleme) ( ) onlardan kaçınma ( ) olumlu ilişki(onlardan hoşlanma) ( )   4. Sosyal açıdan yararlı aktivitelere katılma istekliliğinizde bozulma oldu mu?   evet ( ) hayır ( )   5. Rahatsız edici ve agresif davranışlarınızın düzeyi nedir?   değişiklik olmadı ( ) artış oldu ( )   6. Yakınlarınızla iletişim isteğinizde bir değişiklik düzeyi nedir?   değişiklik olmadı ( ) azalma oldu ( )

Tablo 2. Cinsiyete göre psikiyatrik bozukluk tanı kümelerinin dağılımı

Psikiyatrik tanılar	Erkek		Kadın		p*	x^2
	Sayı	%	Sayı	%		
Duygudurum bozuklukları	39	54.9	82	64.1	0.223	4.386
Psikotik bozukluklar	7	9.9	7	5.5		
Anksiyete bozuklukları	20	28.2	36	28.1		
Diğer	5	7	3	2.3		

*:Ki-kare testi

ti. Erkeklerin çoğu görev ihlalini de şiddetin olası nedenleri arasında belirtti. Şiddetin haklı nedenleri nelerdir sorusuna kadınların yaklaşık yarısı şiddetin haklı nedeni olmadığı yanıtını belirtirken erkekler kadınlardan daha yüksek oranda namusa yönelik olay, toplumsal düzene aykırılık, hakaret ve saldırıyı şiddetin haklı nedenleri arasında değerlendirdi. Her iki cinsiyet de şiddeti önleyebilecek etkenlerin başında eğitimin olduğunu belirtti. Ancak kadınlar, her iki eşin de çalışmasının şiddeti önleyebileceğini erkeklere göre daha yüksek oranda belirtti. Hastaların şiddeti hangi tipte tanımladıkları, şiddetin olası nedenleri, şiddetin haklı nedenleri ve şiddetin nasıl önlenebileceğine ilişkin yanıtları Tablo 3'te yer almaktadır.

Şiddete maruz kalma durumunu 199 hastadan 193'ü yanıtladı, 6'sı yanıtlamadı. Yanıtlayan 193 hastanın 109'u (%56) şiddete maruz kaldığını belirtti. Kadınların %56.8'i, erkeklerin ise %55.9'unun şiddete uğradığı saptandı. Şiddete uğrayanların %46.2'si üniversite mezunu, %12.3'ü lise, %11.3'ü ortaokul, %30.2'si ilkokul mezunuydu. Şiddete uğrayan kadınların %47.1'i üniversite mezunu, %11.8'i lise, %10.3'ü ortaokul, %30.9'u ilkokul mezunuydu. Şiddete uğrayan erkeklerin %28.9'u üniversite mezunu, %13.2'si lise, %13.2'si ortaokul, %28.9'u ilkokul mezunuydu. Kadın hastalarda şiddete maruz kalan kişilerin meslek dağılımlarında, %25'inin öğrenci, %14.1'inin serbest çalışan, %9.4'ünün memur, %7.8'inin emekli, %1.6'sının işçi olduğu, %42.1'inin çalışmadığı; erkek hastalarda %29.7'sinin serbest çalışan, %21.6'sının öğrenci, %10.8'inin memur, %10.8'inin işsiz, %13.5'inin emekli olduğu saptandı. Hastaların psikiyatrik bozukluk tanıları ile şiddete uğrama durumlarının dağılımı Tablo 4'te verilmiştir. Şiddete uğrayanlar ile uğramayanlar arasında cinsiyet ($p=0.902$, $x^2=0.015$), eğitim durumu ($p=0.349$, $x^2=3.292$), meslek ($p=0.609$, $x^2=4.501$) ve psikiyatrik bozukluk tanı dağılımı ($p=0.313$, $x^2=3.559$) açısından anlamlı farklılık saptanmadı.

Şiddete uğrama ile yaş, cinsiyet, eğitim yılı ve psikiyatrik tanı kümesi ilişkisini değerlendirmek için lojistik regresyon analizi yapıldı. Lojistik regresyon analizinde şiddete uğrama durumu bağımlı değişken olarak alınırken yaş, cinsiyet, eğitim yılı ve psikiyatrik tanı kümesi ise bağımsız değişken olarak alındı. Bu modelde Nagelkerke R^2 değeri 0.025, Hoshmer Lemeshow sig. değeri 0.693'tü. Yaş (sig.=0.644), cinsiyet (sig.=0.772), eğitim yılı (sig.=0.153) ve psikiyatrik tanının (sig.= 0.471) şiddete uğrama üzerinde yordayıcı etkisinin olmadığı, yani bu değişkenlerle şiddete uğrama arasında ilişki olmadığı saptandı. Şiddete uğrayanlarda cinsiyet ile yaş, eğitim yılı ve psikiyatrik tanı ilişkisini değerlendirmek için ikinci bir lojistik regresyon analizi daha yapıldı. Bu analizde cinsiyet bağımlı değişken olarak alınırken yaş, eğitim yılı ve psikiyatrik tanı kümesi bağımsız değişken olarak alındı. Bu modelde Nagelkerke R2 değeri 0.037, Hoshmer Lemeshow sig. değeri 0.844'tü. Yaş (sig.=0.826), eğitim yılı (sig.=0.703) ve psikiyatrik tanı kümesinin (sig.=0.262) cinsiyet üzerinde yordayıcı etkisinin olmadığı, yani bu değişkenlerle şiddete uğrayanın cinsiyeti arasında ilişki olmadığı saptandı.

Şiddete maruz kalanların %60.6'sı psikolojik, %43.1'i sözel, %26'sı fiziksel, %17'si cinsel şiddete uğradığını belirtti. Kadınların erkeklere göre daha yüksek oranda cinsel şiddete uğradığı belirlendi. Cinsiyete göre maruz kalınan şiddet tipinin dağılımı Tablo 5'te verilmiştir. Şiddete maruz kalanların %33.9'u çevreyle uyum sorunu yaşadığını, %19.3'ü yaşamamak için çabaladığını, %46.8'i yaşamadığını belirtti. Şiddete maruz kalmayanların %21.1'i çevreyle uyum sorunu yaşadığını, %5.6'sı yaşamamak için çabaladığını, %73.3'ü ise yaşamadığını belirtti. Şiddete maruz kalanların kalmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha çok çevreyle uyum sorunu

Tablo 3. Hastaların cinsiyetlerine göre şiddetin tanımı, nedenleri ve önleyici etken yanıtları

		Erkek		Kadın		p*	x^2
		Sayı	%	Sayı	%		
Şiddetin Tanımı	Fiziksel	55	77.5	101	78.9	0.813	0.056
	Sözel	38	53.5	70	54.7	0.874	0.025
	Cinsel	23	32.4	60	46.9	**0.047**	**3.939**
	Psikolojik	38	53.5	71	55.5	0.791	0.070
	Diğer	2	2.8	9	7	0.213	1.553
Şiddetin Olası Nedeni	Söz dinlenmemesi/ sinirlendirici davranışta bulunulması	55	77.5	89	69.5	0.251	1.437
	Görev ihlali	43	60.6	54	42.2	**0.013**	**6.172**
	Ekonomik	12	16.9	21	16.4	0.928	0.008
	Geleneklere Aykırılık	39	54.9	60	46.9	0.276	1.185
	Diğer	3	4.2	9	7	0.426	0.635
Şiddetin Haklı Nedenleri	Yalan Söylenmesi	22	31	31	24.2	0.301	1.070
	Namusa Yönelik Olay	37	52.1	47	36.7	**0.035**	**4.437**
	Toplumsal Düzene Aykırılık	27	38	22	17.2	**0.001**	**10.687**
	Hakaret Edilmesi	27	38	26	20.3	**0.007**	**7.335**
	Saldırı	41	57.7	52	40.6	**0.020**	**5.378**
	Haklı nedeni yoktur	24	33.8	58	45.3	0.114	2.497
	Diğer	3	4.2	3	2.3	0.457	0.553
Şiddeti Önleyecek Etkenler	Eğitim	55	77.5	80	62.5	**0.030**	**4.688**
	Gelir yüksekliği	25	35.2	29	22.7	0.056	3.641
	Eşlerin ikisinin de çalışması	13	18.3	46	35.9	**0.009**	**6.803**
	Sadece kocanın çalışması	8	11.3	8	6.3	0.212	1.555
	Kadının yumuşak karakterde olması	14	19.7	30	23.4	0.545	0.367
	Önyargı olmaması	28	39.4	54	42.2	0.706	0.143
	Geleneklere uygun yaşamak	11	15.5	15	11.7	0.449	0.573
	Yasalar	35	49.3	58	45.3	0.590	0.291
	Diğer	4	5.6	3	2.3	0.227	1.457

*: Ki-kare testi

yaşadığı saptandı ($p<0.001$, $x^2=15.886$).

"Evden dışarı çıkma sıklığınızda azalma oldu mu?, Çevrenizdeki kişilerin taleplerine nasıl tepki gösteriyorsunuz?, Sosyal açıdan yararlı aktivitelere katılma istekliliğinizde bozulma oldu mu?" şeklindeki 3 soru ile kişinin yaşadığı ya da tanık olduğu şiddet olayından sonra kişide değişen ve devam eden işlevsellik durumu incelendi. Kadınların %31.1'i, erkeklerin %28.6'sı evden çıkma sıklığında azalma bildirdi. Kadınlar ve erkekler arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0.791$, $x^2=0.070$). Kadınlar, çevrenin taleplerine %59.3 oranında olumsuz ilişki (onları tersleme, huzursuz olma), %27.1 kaçınma, %13.6 olumlu ilişki (onlardan hoşlanma) şeklinde tepki verdiğini belirtirken, erkekler çevrenin taleplerine %62.9 oranında olumsuz ilişki (onları tersleme, huzursuz olma), %31.4 kaçınma, %5.7 olumlu ilişki şeklinde tepki verdiğini belirtti. Kadınlar ve erkekler arasında çevrenin taleplerine yanıt verme durumları açısından anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0.482$, $x^2=1.458$). Kadınların %70'i erkeklerin %69.7'si sosyal aktivitelere katılma isteğinde bozulma olduğunu belirtti. Kadınlar ve erkekler arasında sosyal açıdan yararlı aktivitelere katılma isteği durumları açısından anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0.976$, $x^2=0.001$).

"Rahatsız edici ve agresif davranışlarınızın düzeyi nedir?" ve "Yakınlarınızla iletişim isteğinizde değişiklik düzeyi nedir?" soruları ile şiddet olayından sonra değişen ve halen devam eden performans durumuna yönelik yapılan değerlendirmelerde kadınların %31.7'si, erkeklerin %50'si rahatsız edici ya da agresif davranışlarda artış belirtti. Kadınlar ve erkekler arasında rahatsız edici ve agresif davranışların durumları açısından anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0.079$, $x^2=3.087$). Kadınların %48.3'ü erkeklerin %35.3'ü yakınlarıyla iletişimlerinde bozulma belirtti. Kadınlar ve erkekler arasında iletişim isteği durumları açısından anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0.221$, $x^2=1.500$).

TARTIŞMA

Bu çalışmada psikiyatri polikliniğine başvuran ve psikiyatrik bozukluk tanısı alan hastaların şiddeti nasıl tanımladıkları, şiddetin nedenleri ile önlen-

Tablo 4. Hastaların psikiyatrik bozukluk tanıları ile şiddete uğrama durumlarının dağılımı

Psikiyatrik tanılar	Şiddete uğramayanlar		Şiddete uğrayanlar		p*	x^2
	Sayı	%	Sayı	%		
Duygudurum bozuklukları	51	56.7	70	64.2	0.313	3.559
Psikotik bozukluklar	6	6.7	8	7.3		
Anksiyete bozuklukları	27	30.0	29	26.6		
Diğer	6	6.7	2	1.8		

*:Ki-kare testi

mesine ilişkin değerlendirmeleri ele alınmıştır. Şiddete maruz kalma oranının %56 gibi yüksek bir sıklıkta olduğu, en sık psikolojik şiddete maruz kalındığı, şiddete maruz kalmanın sosyal işlevselliği, kişisel ve sosyal performansı olumsuz etkilediği görülmüştür.

Hem kadın hem erkek hastaların şiddeti, beklendiği üzere en sık fiziksel sonra da psikolojik ve sözel olarak tanımladıkları görülmüş ayrıca kadınlar tarafından daha fazla tanımlanan cinsel şiddet dikkat çekici bulunmuştur. Cinsel içerikli davranışların şiddet bağlamında erkek hastalar tarafından daha az tanımlanması bu durumun meşru görülen davranış olarak algılanması ile ilişkilendirilebilir ya da cinsel şiddet farkındalığının daha düşük olduğunu gösteriyor olabilir. Güler ve ark.'nın (2005) 162 evli kadın ile yaptıkları çalışmada şiddeti kadınların %59.7'si fiziksel, %47.4'ü sözel, %21.4'ü duygusal olarak tanımlamıştır ve cinsel ile ekonomik şiddeti ifade eden kadın olmamıştır (21). Bizim hasta grubumuzdaki kadınların yarısına yakını bu çalışmadaki kadınlara göre daha fazla eğitim almıştı. Eğitim süresinin uzun olması; şiddete yönelik bilgi düzeyini, şiddetin algılanabilmesini, durumun normalleştirilmemesi ve paylaşılması gerektiği algısını yükselttiğinden cinsel şiddete farkındalık daha fazla görülmüş olabilir.

Her iki cinsiyette de şiddetin en sık nedeninin "söz dinlenmemesi/sinirlendirici davranışta bulunma" olarak değerlendirilmesi çocukluktan itibaren maruz kalınan aile içi şiddetin sıklığı ile ilişkili olabilir. Aile içinde, iş yerinde veya evlilikte kabul görmeyecek tutumların muhtemel karşılığının şiddet olduğu zaman içinde öğrenilmektedir. Ekonomik sebepler bu çalışmada; her iki cinsiyette de dördüncü sırada yer almıştır. Başka bir çalışmada ise erkek şiddetinin nedenini soran açık uçlu bir soruya kadınlar en yüksek oranda (%14) 'ekonomik sorunlar' cevabını vermişlerdir (22). Ekonomik nedenlerin ilk sıralarda yer aldığı başka çalışmalar da mevcuttur (21). Çalışmalarda kullanılan yöntem, araştırma grubu niteliği, kullanılan parametreler nedeniyle farklı sonuçlarla karşılaşılabilir. Değerlendirilen grubun iş gücü yüksek olduğundan ekonomik zorluklar şiddete neden olarak görülmemiştir, buradan yola çıkarak sosyoekonomik gücü zayıf olan kadınların şiddeti ekonomik zorluklarla ilişkilendirdikleri de düşünülebilir. Şiddetin olası nedenlerini değerlendirirken haklı görülen nedenlerin belirlenmesi de şiddetin toplumsal düzlemdeki rasyonalizasyonunu daha net gösterecektir. Bu çalışmada kadınlar şiddetin haklı bir nedeni olmadığını belirtti. Erkek hastalar, sıklıkla saldırıyı şiddeti haklı kılan bir neden olarak ifade etti. Bu da şiddete şiddet ile yanıt verme eğiliminin kadınlara göre erkeklerde daha fazla olduğuna işaret etmektedir. Russell ve Hulson (1992), erkeklerin eşlerine şiddet uygulamalarındaki en temel sebebin şiddeti kabul edilebilir görmeleri olduğunu ifade etmişlerdir (23). Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada ise kadınların üçte biri gördükleri fiziksel şiddetin haklı nedenleri olduğunu bildirmiştir (24). Erkekler namusa yönelik olay, toplumsal düzene aykırılık, hakaret edilmesi ve saldırıyı kadınlardan daha çok şiddetin haklı nedeni olarak görmektedir. Yaman Efe ve ark.'nın (2010) çalışmasında namusla ilgili olaylar, eşe ihanet edilmesi en sık saptanan şiddet nedeni olmuştur. Bunu şiddete neden ola-

Tablo 5. Cinsiyete göre maruz kalınan şiddet tipinin dağılımı

Şiddet tipi	Erkek		Kadın		p*	x^2
	Sayı	%	Sayı	%		
Fiziksel	10	26.3	16	22.5	0.659	0.195
Sözel	16	42.1	31	43.7	0.876	0.024
Cinsel	1	2.6	16	22.5	**0.006**	**7.449**
Psikolojik	25	65.8	41	57.7	0.413	0.670

*: Ki-kare testi

bilecek haklı neden olmadığı cevabı sonra da eşin sözünün dinlenilmemesi izlemiştir (25). Namusa yönelik olayların ve hakaret edilmesi, saldırı gibi diğer durumların erkeklerde şiddet sebepleri arasında kadınlara göre daha ön sırada saptanmasının sebebinin, toplumumuzdaki geleneksel yapıyla ve namusla ilgili erkeklere atfedilen görevlerle ilgili olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda her iki cinsiyet de şiddeti önleyebilecek etkenlerin başında eğitimi ve daha sonra yasaları düşünmüşlerdir. Efe ve ark.larının (2010) çalışmasında da eğitim, şiddetin önlenebilecek sebepleri arasında ilk sırada saptanmış, yasaların engelleyiciliği son sıralarda yer almıştır (25). Ayrıca bizim çalışmamızda kadınlar erkeklerden daha fazla 'eşlerin ikisinin de çalışmasının' şiddeti önleyebileceğini belirtmişlerdir. Bu bulgu da kadınların, maddi ve sosyal olanakların eşitlenmesinin şiddeti önleyebileceğine dair öngörüleri olduğunu göstermektedir. Şiddet sıklıkla bir güç gösterisi olarak ortaya çıktığından kadınlar açısından erkeklerle benzer güce sahip olmak caydırıcı nitelikte olabilir.

Şiddete maruz kalma durumu bu çalışmada %56 saptanmıştır ve bu oran erkekler (%55.9) ile kadınlarda (%56.8) benzerdir. Dikkat çeken başka bir bulgu da maruz kalınan en sık şiddet tipinin her iki cinsiyette de psikolojik şiddet olmasıdır. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda yapılan bir çalışmada da şiddet gören kadınların oranı %73.9 gibi oldukça yüksek bir oranda bildirilmiştir (20). Sivas ilinde psikiyatri polikliniğinde yapılan bir araştırmada da evli kadınların %57'sinin fiziksel, %36'sının duygusal, %32'sinin ekonomik, %30.7'sinin cinsel ve %29.3'ünün sözel şiddete maruz kaldığı ve çoğunun şiddeti gizlemeye çalıştığı saptanmıştır (26). Fiziksel şiddete sıklıkla psikolojik şiddetin eşlik etmesi beklenen bir durumken bizim çalışmamızda psikolojik şiddetin daha fazla tanınıyor olması katılımcıların eğitim düzeyinin yüksek olmasının getirdiği farkındalık ile açıklanabilir. Efe ve ark.ları (2010) kadınların eğitim düzeyi arttıkça şiddete maruz kalma oranlarının azaldığını saptamış fakat şiddet düzeyi azalsa da eğitim düzeyi ne olursa olsun kadınların erkeklere göre daha fazla şiddete maruz kaldıklarını gözlemlemişlerdir (25). Bizim çalışmamızda cinsiyetler arası benzer şiddet sıklığı örneklemdeki kadınların yüksek eğitim durumuna ayrıca şiddete maruz kalan erkeklerin psikiyatri polikliniğine daha çok başvurmuş olmasına bağlı olabilir. Ancak şiddete uğrama ile yaş, cinsiyet, eğitim yılı ve tanı kümesi arasında ilişki saptanmadığı gibi şiddete uğrayan hastalarda da cinsiyet ile yaş, eğitim yılı ve tanı kümesi arasında da ilişki saptanmamıştır. Eğitim durumu ile evlilikte kadına yönelik şiddete ilişkin tutumlar arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe fiziksel ve sözel şiddetin daha az tolere edildiği saptanmıştır (27). Bu çalışmada şiddet gören hastalarla görmeyen hastalar arasındaki tanı kümeleri dağılımlarının benzer olması Vahip ve Doğanavşargil'in (2006) çalışmasının sonuçları (28) ile benzer olmakla birlikte tanı gruplarındaki sayı yetersizliği bu konuda kanaat bildirmeye engel görünmektedir.

Kişinin yaşadığı ya da tanık olduğu şiddet olayından sonra hem kadınların hem de erkeklerin yaklaşık üçte birinde evden çıkma sıklığında azalma olduğu; yarıdan fazlasında çevrenin taleplerine olumsuz yanıt verme şeklinde tepkinin ve yaklaşık üçte birinde kaçınma tepkisinin ortaya çıktığı görülmüştür. Kaçınma sonuç olarak evden çıkmayı ve sağlık hizmetlerine ulaşmayı zorlaştırarak tedavi uyumunu bozabilir, sosyal işlevsellik bozulabilir ve uygun tedaviyi alma ve sürdürme engellenebilir. Hastaların %70 kadarının sosyal aktivitelere katılma isteğinde bozulma olduğunu belirtmesi de bu sonuçları destekler niteliktedir. Şiddete maruziyet sonrası her iki cinsin yarısından fazlasında rahatsız edici ya da agresif davranışlarda ve yakınlarıyla iletişimde bozulma bildirildi. Tüm hasta grubunun hem ruhsal sorunları hem de şiddete maruz kalmaları olasılıkla sosyal işlevselliği ve performansı bozarak etkili başa çıkma tarzlarını yetersiz kılmıştır. Travmatik yaşantılar ve sahip olunan negatif bilişsel şemalar nedeniyle, kaçınma ve inkar gibi etkisiz başa çıkma tarzlarının kullanılması ve başa çıkma konusunda yeterli kişisel kaynağa sahip olunmaması literatürde de vurgulanmıştır (29).

Çalışmanın kısıtlılıklarından ilki bir ay gibi kısa bir sürede tüm ardışık hastalardan verilerin toplanmasıdır. İkinci kısıtlılığı da literatürden ve çeşitli ölçeklerden yararlanılarak hazırlanan soru anketinin hastalık ve cinsiyetler arası geçerlik güvenilirliğinin yapılmamış olmasıdır. Normal

popülasyon ile karşılaştırma olmaması hastalardaki şiddet yaygınlık oranını tartışılır kılmaktadır. Daha geniş örneklemlerde, geçerlik güvenirliği yapılmış ölçeklerin kullanılacağı çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

SONUÇ

Bu çalışmada psikiyatrik bozukluğu olan hastaların şiddete maruz kaldığı ve şiddetle ilişkili ruhsal ve sosyal alanda birçok olumsuz sonuç ortaya çıktığı görülmüştür. Literatürdeki çalışmalar daha çok kadına yönelik şiddete odaklanırken bu çalışmanın her iki cinsiyeti de kapsaması farklılığıdır ve psikiyatrik hastalığı olan erkeklere yönelik şiddetin de azımsanmayacak sıklıkta olduğunu göstermektedir. Bu bulgular psikiyatrik hastaların şiddet maruziyetine açık olduğunu gösterebileceği gibi şiddete maruz kalanlarda psikiyatrik bozukluğun daha sık olduğuna da işaret edebilir. Her iki durum da psikiyatrik bozukluk tanısı alan kişilerin şiddet maruziyeti açısından ayrıca değerlendirilmesi gerekliliğini göstermektedir. Psikiyatri hastalarının yalnızca ruhsal tanıları nedeniyle şiddet davranışında bulunacağı varsayımı bir yanılgıdır. Psikiyatrik hastalardaki şiddete yönelik algı; toplumda eğitim düzeyi, medya ve kültürün etkileri, ruh sağlığı politikaları gibi sebeplerle de ilişkilidir. Şiddetin tanımı ve algılanması konularında psikiyatrik hastalığı olanlarla birlikte tüm toplumun da bilgilendirilmesi, şiddeti önlemek için eğitim yoluyla bilinçlendirilmesi ve şiddete yönelik yasal düzenlemelerin yapılması gereklidir.

Yazışma Adresi: Prof. Dr., Nalan Kalkan Oğuzhanoğlu, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Denizli, Türkiye nkoguzhan@gmail.com

KAYNAKLAR

1. WHO Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. Geneva, World Health Organization, 1996 (document WHO/EHA/ SPI.POA.2).

2. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL. The world report on violence and health. Lancet 2002; 360:1083–1087.

3. WHO Global Health Observatory Data Repository [online database]. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/gho/data/node.main.CODNUMBER?lang=en).

4. RESPECT women: Preventing violence against women. Geneva: World Health Organization; 2019 (WHO/RHR/18.19).

5. EU. Violence Against Women: an EU-wide Survey Main Results, Publications Office of the European Union, 2014. (http://fra.europa.eu/en/ publication/ 2014/violence-against-women-eu-wide-survey-mainresults-report).

6. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet, Ankara, Elma Teknik Basım, 2009.

7. Ayrancı U, Günay Y, Unluoğlu İ. Hamilelikte aile içi eş şiddeti: Birinci basamak sağlık kurumuna başvuran kadınlar arasında bir araştırma. Anadolu Psikiyatr Derg 2002; 3:75-87.

8. Canlı S, Özyurda F. Ankara ili gölbaşı ilçesinde doğurgan çağdaki kadınlarda kadına yönelik şiddet ve depresyon ilişkisi. Nobel Med 2018; 14:31–39.

9. Kurt E, Yorguner Küpeli N, Sönmez E, Bulut NS, Akvardar Y. Psikiyatri polikliniğine başvuran kadınlarda aile içi şiddet yaşantısı. Noropsikiyatri Ars 2018; 55:22-28.

10. WHO Global Burden of Disease project for 2000, Version 1

11. Rittersberger Tılıç H. "Aile İçi Şiddet; Bir sosyolojik Yaklaşım" 20. yüzyılın sonunda kadınlar ve gelecek, Editor: Oya Çiftçi, Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayınları no: 283, Ankara, 1998.

12. Leeb RT, Lewis T, Zolotor AJ. A Review of Physical and Mental Health Consequences of Child Abuse and Neglect and Implications for Practice. Am J Lifestyle Med 2011; 5:454-468

13. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS Medicine. 2012, 9(11).

14. Black MC. Intimate Partner Violence and Adverse Health Consequences: Implications for Clinicians. Am J Lifestyle Med 2011; 5:428–439.

15. Ozyurt BC, Deveci A. The relationship between domestic violence and the prevalence of depressive symptoms in married women between 15 and 49 years of age in a rural area of Manisa, Turkey. Turk Psikiyatr Derg 2011; 22:10–16.

16. Stewart DE, Robinson GE. A review of domestic violence and women's mental health. Archives of Women's Mental Health. 1998, 1:83–89.

17. Korkmaz S, Korucu T, Yildiz S, Kaya S, Izci F, Atmaca M. Frequency of domestic violence in psychiatric patients and related factors. Dusunen Adam 2016; 29:359–366.

18. Bellis MA, Hughes K, Leckenby N, Jones L, Baban A, Kachaeva M, Povilaitis R, Pudule I, Qirjako G, Ulukol B, Raleva M, Terzic N. Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviours in young adults: Surveys in eight eastern European countries. Bull World Health Organ 2014; 92:641–655.

19. Danese A, Moffitt TE, Harrington HL, Milne BJ, Polanczyk G, Pariante CM, Poulton R, Caspi A. Adverse childhood experiences and adult risk factors for age-related disease: Depression, inflammation, and clustering of metabolic risk markers. Arch Pediatr Adolesc Med 2009; 163:1135–1143.

20. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization, 2013.

21. Güler N, Tel H, Özkan Tuncay F. Kadının Aile İçinde Yaşana Şiddete Bakışı. C Ü Tıp Fakültesi Derg 2005; 2: 51 – 56.

22. Altınay AG, Arat Y. Türkiye'de kadına yönelik şiddet 2. Baskı. İstanbul: Punto Baskı Çözümleri, 2008.

23. Russell RJH, Hulson B. Physical and psychological abuse of heterosexual partners. Pers Individ Dif 1992; 13: 457-473.

24. T. C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu. Aile İçi Şiddetin Sebep ve Sonuçları. Ankara: Bizim Büro Basımevi, 1995, 205.

25. Yaman Efe S, Ayaz S. Domestic violence against women and women's opinions related to domestic violence. Anadolu Psikiyatr Derg 2010; 11:23-29.

26. Akyüz G, Kuğu N, Doğan O, Özdemir L. Bir psikiyatrik polikliniğine başvuran evli kadın hastalarda aile içi şiddet, evlilik sorunları, başvuru yakınması ve psikiyatrik tanı. Yeni symposium 2002; 40:41–48.

27. Bora A, Golge ZB. An Investigation of the Relationship Between Gender, Education Status, Violence Experiences and Attitudes Toward Violence Against Women in Marriage. Turkiye Klin J Forensic Med Forensic Sci 2019; 16:88–97.

28. Vahip I, Doğanavşargil O. Aile İçi Fiziksel Şiddet ve Kadın Hastalarımız. Türk Psikiyatr Derg 2006; 17:107–114.

29. Akpınar O. Aile İçi Şiddete Maruz Kalan Kadınlarda Aile İçi Şiddetle Başa Çıkma Özyeterliği. Türk Psikolojik Danışma ve Rehb Derg 2013; 4:39.

Glasgow antipsikotik yan etkilerini değerlendirme ölçeği'nin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği

Validity and reliability of the Turkish version of the Glasgow antipsychotic side effect scale

Esma Akpınar Aslan[1], Sedat Batmaz[2], Özgür Ahmet Yüncü[3], Neslihan Sevil[4], Burcu Erkek[5]
[1]Dr. Öğr. Üyesi, [2]Doç. Dr., Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye https://orcid.org/0000-0003-4714-6894-https://orcid.org/0000-0003-0585-2184
[3]Uzm. Dr., Buca Dr. Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye https://orcid.org/0000-0002-2546-3744
[4]Uzm.Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Trabzon, Türkiye https://orcid.org/0000-0003-4232-4911
[5]Uzm.Dr., Uşak Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Uşak https://orcid.org/0000-0001-8448-0934

ÖZET

Amaç: Antipsikotik ilaçlara bağlı yan etkilerin düzenli ve kapsamlı olarak izlenmesi tedavi sürecinin ayrılmaz bir parçasıdır. Kullanıcılar için doldurulması kolay olan ve kısa süre gerektiren özdeğerlendirme ölçeklerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmada Glasgow Antipsikotik Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği'nin (GAYEDÖ) Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Araştırma için üç farklı şehirdeki ikinci basamak sağlık kuruluşunun ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine ayaktan başvuran, 18 yaş üstünde, herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı alan ve klozapin dışında en az bir antipsikotik ilacı en az üç aydır kullanan 297 hasta ve tedavisinde antipsikotik ilaç yer almayan 56 hasta alındı. Hastalar GAYEDÖ ve Tedaviyle İlişkili İstenmeyen Olayların Sistematik İzlemi'ni (TİİOSİ), klinisyenler ise demografik ve klinik veri formu ve Klinik Global İzlenim Ölçeği'ni (KGİ) doldurdular. GAYEDÖ için açıklayıcı faktör analizi, birlikte geçerlilik, ayırt edici geçerlilik, iç tutarlılık, test – tekrar test güvenilirliği ve tedaviyle değişime duyarlılık analizleri yapıldı. **Bulgular:** GAYEDÖ'nün yedi faktörden oluştuğu, TİİOSİ ve KGİ ile birlikte geçerliliğinin olduğu (sırasıyla rho=0.706 ve 0.381, p'ler<0.001), antipsikotik kullanan ve kullanmayan hastaları ayırt edebildiği (U=14357.50, p< 0.001), iç tutarlılığı (Cronbach α=0.775) ve test – tekrar test güvenilirliğinin olduğu (sınıfiçi korrelasyon katsayısı =0.964, p< 0.001), en az 5 puanlık bir değişim için tedaviyle değişime duyarlı olduğu saptandı. **Sonuç:** Bu sonuçlar GAYEDÖ'nün Türkçe versiyonunun geçerli ve güvenilir olduğunu göstermiştir. GAYEDÖ ile klinisyenlerin antipsikotik kullanan hastalarının yaşadığı yan etkileri kısa sürede, kapsamlı şekilde ve sistematik olarak sorgulaması, belirtilerin şiddetini tespit ve takip edebilmesi ve tedavi ile değişime yanıtı değerlendirmesi mümkün olacaktır.

Anahtar Sözcükler: antipsikotik, geçerlilik, güvenilirlik, tedaviyle değişime duyarlılık, yan etki

SUMMARY

Objective: Regular and comprehensive follow-up of the side effects of antipsychotic drugs is an essential part of the treatment process. Self-report scales which are user friendly and which do not take too much time to complete are required. The aim of this study was to adapt the Glasgow Antipsychotic Side Effect Scale (GASS) into Turkish, and to evaluate its validity and reliability. **Method:** For this study, patients over the age of 18 presenting to the outpatient psychiatry clinics of secondary healthcare facilities in three different cities were recruited. Two hundred and ninety-seven of these patients who were on at least one antipsychotic drug except for clozapine for at least three months and who were diagnosed with any psychiatric disorders, and fifty-six patients of them were not on any antipsychotic drug treatment. The patients completed the GASS and the Systematic Monitoring of Adverse events Related to TreatmentS (SMARTS). The clinicians completed a demographic and clinical data form and the Clinical Global Impression Scale (CGI). Exploratory factor analysis was undertaken and concurrent validity, discriminating validity, internal consistency, test – retest reliability, and responsiveness of the GASS were calculated. **Results:** The results demonstrated that the GASS consisted of seven factors, that it had concurrent validity with the SMARTS and the CGI (rho = 0.706 and 0.381, respectively, p's < 0.001), that it could discriminate between patients who were on and who were not on antipsychotics (U = 14357.50, p < 0.001), that it had internal consistency (Cronbach's α = 0.775) and test – retest reliability (intraclass correlation coefficient = 0.964, p< 0.001), and that it had responsiveness and that the minimal clinically important difference of the GASS was 5 points. **Discussion:** In conclusion, the Turkish version of the GASS was shown to be a valid and reliable scale. The GASS may enable clinicians to question the side effects experienced by patients who are on antipsychotic drugs comprehensively and systematically in a short time and to identify and follow-up the severity of the symptoms and their response to treatment.

Key Words: antipsychotic, reliability, responsiveness, side effect, validity

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2020;23:290-301)
DOI: 10.5505/kpd.2020.94547

Makalenin geliş tarihi: 07.10.2019, Yayına kabul tarihi: 30.12.2019

GİRİŞ

Psikotik bozuklukların tedavisinde temel yeri kapsayan antipsikotik ilaçlar, ayrıca pek çok farklı ruhsal bozukluğun tedavisinde de ek ilaç olarak kullanılmaktadır (1). Antipsikotik ilaçlarla tedavide öne çıkan en önemli konulardan biri bu ilaçların olası yan etkileridir. Ekstrapiramidal semptomlar, sedasyon, kilo artışı, metabolik bozukluklar, cinsel işlev bozuklukları, üriner semptomlar, gastrointestinal semptomlar, prolaktin artışına bağlı gözlenen galaktore, menstrüel döngüde düzensizlikler bu yan etkiler arasında sayılabilir (1, 2). Bu yan etkilere ek olarak postüral hipotansiyona bağlı düşme, kilo artışına bağlı tip II diyabet, kalp hastalıkları ve inme gibi fiziksel morbidite ve mortalite durumları ikincil olarak gelişebilir (3). Gray ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada antipsikotik ilaç alan hastaların %80'inin ayda en az bir yan etki yaşadığı belirtilmiştir (4). Young ve arkadaşları tarafından yapılan 53 çalışmanın dahil edildiği bir gözden geçirmenin sonuçlarına göre, en sık bildirilen ya da gözlenen yan etkilerin cinsel işlev bozukluğu, metabolik problemler ve kilo artışı olduğu öne sürülmektedir (5). Farmakolojik tedavi yaklaşımlarında monoterapi öneriliyor olmasına rağmen, özellikle şizofreni ve bipolar bozukluğun tedavisinde antipsikotiklerin antipsikotiklerle ya da başka psikotroplarla kombinasyonu sık karşılaşılan bir durumdur ve yan etki riskini artırabilmektedir. Ayrıca tedavi süresi de yan etki riskini değerlendirme açısından önemlidir (6).

Kişinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, tedaviye olan uyumu bozup ruhsal bozukluğun alevlenmesine neden olabilen bu yan etkiler klinik açıdan oldukça önemlidir. Yapılan birçok çalışmada hastaların % 40'ının ilk bir yıl içinde, % 75'inin iki yıl içinde çeşitli yan etkiler nedeniyle ilacı bıraktıkları bildirilmiştir (7). Aker ve arkadaşlarının yürüttüğü bir çalışmada yan etkiler nedeni ile görülen ilaç uyumsuzluğu yaklaşık %40 oranında ikinci sırada ilaç bırakma nedeni olarak yer almıştır (8). Midrashi ve arkadaşlarının yaptıkları bir araştırmada hastaların tedaviyi bırakmalarının nörolojik, endokrin, antikolinerjik ve ekstrapiramidal sistem yan etkilerin ortaya çıkması sebebiyle olduğunu göstermiştir (9). İlaç yan etkisi nedeniyle antipsikotik tedavinin bırakılması, başta psikotik bozuklukların alevlenmesi ve buna bağlı klinik problemlerin ortaya çıkması olmak üzere, iş gücü kaybı, sosyal problemler yaşama gibi birçok alanda sorunlara yol açmaktadır (10). Bu nedenlerle antipsikotik tedaviyle ortaya çıkan yan etkileri erken fark etmek ve uygun girişimlerde bulunmak, tedavinin beklenen yararları ve olası yan etkileri hakkında hastaya eğitim vermek ve hasta ile işbirliğine dayalı ilişki kurmak, tedavi uyumu ve hastalığın seyri açısından oldukça önemlidir (11).

Yan etkilerin izlenmesi belirli aralıklarla ve sistematik bir şekilde yapılmazsa, bunların gözden kaçırılma ihtimali yüksektir (2). Bu türde bir sistematik değerlendirme için en önemli araçlar, standardize edilmiş ölçeklerdir. Ülkemizde psikotrop ilaçların yan etkilerini değerlendirmede kullanılan birtakım ölçekler vardır. Klinik Global İzlenim Ölçeği – Tolerabilite (KGİ-T) (12, 13), Undavalg for Kliniske Undersgelser (UKU) Yan Etki Değerlendirme Ölçeği (14), Ekstrapiramidal Belirti Değerlendirme Ölçeği (15), Rockland Simpson Geç Diskinezi Değerlendirme Ölçeği (16, 17), Barnes Akatizi Ölçeği (18, 19), Liverpool Üniversitesi Antipsikotiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği (LÜAYEDÖ) (11, 20) bunlardan bazılarıdır.

Klinisyenlerin uyguladığı ölçekler yanlı değerlendirmeyi önleyici olsalar da uzun zaman gerektirmeleri ve özbildirim ölçeklerine göre cinsel işlev bozukluğu gibi hastaların çekindiği bazı yan etkileri söylemekten daha sık kaçınmalarına sebep olabilmeleri gibi nedenlerle bu tür yan etkilerin gözden kaçabilmesi gibi birtakım dezavantajlara sahiptir. Bir özbildirim ölçeği olan Glasgow Antipsikotik Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği (GAYEDÖ) bu anlamda öne çıkmaktadır (10, 21). Ölçek 2008'de Waddell ve Taylor tarafından geliştirilmiştir ve geliştirilmesinde LÜAYEDÖ'den yararlanılmıştır (21). Ayrıca antipsikotiklerin yan etkilerini değerlendirmek için kullanılabilecek ölçeklere dair yakın tarihli bir gözden geçirme makalesinde bu amaçla kullanılabilecek on altı ölçeğin tespit edildiği, GAYEDÖ'nün nörolojik yan etkiler ve hareket bozukluklarına ilaveten diğer yan etkilerin de sorgulandığı ölçekler arasında yer aldığı, geliştirilmesi sırasında uzmanların yanı sıra sağlık hizmetinden faydalanan paydaşların görüşüne de yer verilen tek ölçek olduğu, bu

yönüyle içerik geçerliliği açısından diğer ölçeklerden ayrıldığı, test – tekrar test güvenilirliği için uygun istatistiksel değerlendirmeye tabi tutulan tek ölçek olduğu, ancak yapı geçerliliği, tedaviyle değişime duyarlılık ve iç tutarlılığının incelenmediği bildirilmiştir (10).

Bu çalışmada GAYEDÖ'nün bir özbildirim ölçeği olması, birçok ülkede antipsikotik kullanan hastalarda tecrübe edilen yan etkileri ve bunların şiddetini değerlendirmede sık kullanılan bir ölçek olması, soru sayısının görece az ve kolayca doldurulabilir olmasına bağlı olarak pratik bir ölçek olması gibi nedenlerle Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması amaçlanmıştır. Çalışmanın varsayımı GAYEDÖ'nün Türkçe versiyonunun da geçerli ve güvenilir olacağıdır. GAYEDÖ'nün Türkçe versiyonu ile klinisyenlerin antipsikotik kullanan hastalarının yaşadığı yan etkileri kısa sürede, kapsamlı şekilde ve sistematik olarak sorgulaması, belirtilerin şiddetini tespit ve takip edebilmesi ve tedavi ile değişime yanıtını değerlendirmesi mümkün olacaktır.

YÖNTEM

Katılımcılar

Araştırma için üç farklı şehirdeki ikinci basamak sağlık kuruluşunun ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine Aralık 2018 – Mart 2019 tarihleri arasında ayaktan başvuran, 18 yaş üstü, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı DSM 5'e göre (22) herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı alan ve klozapin dışında en az bir antipsikotik ilacı en az üç aydır kullanan (Antipsikotik Grubu (AG), n = 297, %84,14) veya herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı alsa dahi tedavisinde antipsikotik ilaç yer almayan (Kontrol Grubu (KG), n = 56, %15,86) toplam 353 katılımcı alındı. Görüşme sırasında nörobilişsel bozukluk, nörogelişimsel bozukluk, madde ile ilişkili bozukluk ve bağımlılık bozukluğu veya organik kökenli ruhsal bozukluk tanısı alan, eşlik eden tıbbî rahatsızlığı kontrol altında olmayan, gebe veya emzirme döneminde olan, kendisine zarar verme, özkıyım veya saldırganlık düşüncesi, niyeti, planı veya girişimi olan katılımcılar çalışmaya dahil edilmedi.

İşlem

Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılarla poliklinik odasında DSM 5 tanı ölçütlerini (22) esas alan olağan klinik görüşmeye dayalı bir tanısal görüşme yapıldı. Bu tanısal görüşme sonrasında katılımcılar arasında antipsikotik kullananların klinik özellikleri ve tedavilerinin ayrıntıları araştırmacılar tarafından kaydedildi. Daha sonra tüm katılımcılara çalışmada kullanılan değerlendirme araçları rastgele bir sıra içerisinde verilerek bunları kendi başlarına doldurabilecekleri sessiz bir odaya alındı. Burada ihtiyaç duyan katılımcılara yakınları veya araştırmacılardan biri bu araçların doldurulmasında yardımcı oldu. Yardımcı olan kişiler sadece değerlendirme araçlarındaki maddelerin katılımcılarda olup olmadığını, varsa ne şiddette olduğunu sorgulayıp verilen yanıtların nesnelliğini etkileyebilecek herhangi bir yorumda bulunmamaları veya katılımcılar adına maddelere yanıt vermemeleri ve verilen yanıtları değiştirmemeleri konusunda önceden bilgilendirildi. Ayrıca antipsikotik kullanan katılımcılar arasından 82 kişiye (%27,61) bir ay sonraki olağan kontrol görüşmeleri sırasında çalışmadaki araçlar yeniden verildi. Değerlendirme araçlarını ikinci defa doldurması için bu katılımcılar rastgele şekilde ve gönüllülük esasına dayanılarak seçildi. GAYEDÖ'yü ikinci defa dolduran katılımcılar, demografik ve klinik değişkenler açısından tüm katılımcıların oluşturduğu gruptan istatistiksel olarak farklılık göstermedi. Katılımcılar aradaki bu dönemde tedavilerini olağan şekilde sürdürdü. Tüm bu görüşmeler ortalama 25-40 dakika sürdü.

Çeviri Süreci

Çalışmada geçerlilik ve güvenilirliği araştırılan ölçek için öncelikle bu ölçeğin geliştiricisi ile e-posta ile temasa geçilerek çeviri izni alındı. Daha sonra iki araştırmacı tarafından ölçek İngilizce'den Türkçe'ye çevrildi. Ölçeğin özgün halinden habersiz olan bir diğer araştırmacı ve İngilizce dil eğitimi veren bir uzman tarafından ölçek maddeleri Türkçe'den İngilizce'ye tekrar çevrildi. Bu dört metin ile özgün ölçek birbirleriyle karşılaştırılarak üzerinde uzlaşılan bir ölçek çevirisi elde edildi. Çeviri ölçek, çalışmada kullanılmadan önce

polikliniğe başvuran 20 hastaya verilerek doldurmaları istendi ve anlaşılmakta zorlanılan maddelerin varlığı açısından değerlendirildi. Bu aşamada ölçek maddelerinde bir değişiklik yapılma ihtiyacı duyulmadı. Ölçek çevirisinin bu son hali, ölçeğin geliştiricisine gönderilerek çalışmada kullanılması için onayı alındı.

Değerlendirme Araçları

Sosyodemografik ve Klinik Veri Toplama Formu: Hastaların sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum), hastaların birincil tanısı, hastalığın süresi, kullanılan antipsikotik ilaç ve bu ilacın günlük toplam dozu ve süresi, eşlik eden tıbbi ve/veya ruhsal rahatsızlıkların varlığını değerlendirmek için kullanılan form olup araştırmacılar tarafından görüşmeye dayanarak doldurulmuştur.

Glasgow Antipsikotik Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği (GAYEDÖ) (21): Antipsikotik ilaç kullanan hastalarda ilaç yan etkisini değerlendirmek için geliştirilen, 22 sorudan oluşan bir özbildirim ölçeğidir. Ölçeğin doldurulması 2-5 dakika sürer. Hastaların klinik başvurularında, düzenli olarak antipsikotik yan etkilerini ve şiddetini tarayabilmek için kullanılabilir (21). Ölçeğin değerlendirilmesinde ilk 20 soru için her bir madde 0-3 puan arasında, son iki soru içinse "hayır" yanıtı için 0, "evet" yanıtı için 3 puan olarak değerlendirilir ve ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği antipsikotiklere bağlı yan etkilerin daha fazla olduğunu gösterir. Toplam puana göre 0-21 arası "yan etki yok / hafif düzeyde yan etki", 22-42 arası "orta düzeyde yan etki" ve 43 ve üzeri "şiddetli düzeyde yan etki" olarak sınıflandırılır. GAYEDÖ ile sedasyon ve santral sistemi yan etkileri, kardiyovasküler sistem yan etkileri, ekstrapiramidal sistem yan etkileri, antikolinerjik yan etkiler, gastrointestinal sistem yan etkileri, genitoüriner sistem yan etkileri, diabetes mellitus açısından tarama, hiperprolaktinemiyle ilişkili yan etkiler ve kilo alımı sorgulanmaktadır. Ayrıca GAYEDÖ'nün birer maddesi kadın ve erkekler için cinsiyete özgül yan etkilere odaklanır. Ölçeğin ilk 20 sorusu için sorgulanan zaman aralığı son bir hafta, son iki sorusu için ise son üç aylık dönemdir. GAYEDÖ, ayrıca katılımcıların belirtilen yan etkiler içerisinde kendileri için özellikle rahatsız edici olanları işaretleyebilecekleri bir ek sütun içerir. GAYEDÖ, kısa sürede doldurulabilen, ilaç kullanımına bağlı farklı alanlardaki yan etkileri sorgulaması nedeniyle oldukça kapsamlı bir değerlendirmeye izin veren, hastalar tarafından kolaylıkla anlaşılan ve değerlendiriciler tarafından da hızlıca puanlanabilen bir ölçektir. GAYEDÖ için dezavantaj bildirilmemiştir (10). Daha öncesinde GAYEDÖ'nün kullanıldığı çalışmalarda ayaktan başvuran hastalarda değerlendirme için uygun olduğu (21), depo antipsikotiklere bağlı yan etkileri takip etmek için önerildiği (23) ve toplum ruh sağlığı merkezlerinde kullanılabileceği (24) bildirilmiştir. GAYEDÖ için şu ana kadar Yunanistan (25), Suudi Arabistan (26) ve Danimarka'da (27) geçerlilik çalışmaları yürütülmüştür.

Tedaviyle İlişkili İstenmeyen Olayların Sistematik İzlemi (TİİOSİ) (2): Hastaların kullanmakta olduğu ilaç tedavisi ile ilgili herhangi bir sorun yaşayıp yaşamadığını görmek için oluşturulan 12 soruluk, yanıtları 'evet' ve 'hayır' şeklinde olan bir değerlendirme aracıdır (2). Klinik bir değerlendirme ölçeği olmaktan ziyade uzman görüşüne dayalı bir değerlendirme aracı olduğu için TİİOSİ'nin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmamıştır ve belirlenmiş bir kesme puanı veya şiddet sınıflaması yoktur, ancak "evet" yanıtlarının toplam sayısı arttıkça yan etkilerin arttığı söylenebilir. TİİOSİ, katılımcılarda ekstrapiramidal sistem yan etkileri, cinsel işlev bozuklukları, hiperprolaktinemi belirtileri, postüral hipotansiyon, sedasyon, iştah ve kilo değişimi, gastrointestinal yan etkiler, üriner belirtiler ve affektif yan etkileri sorgulamaktadır. Ek olarak katılımcıların bu maddeler arasında yer almayan ancak kendilerini rahatsız eden yan etkileri belirtebilecekleri bir madde daha içermektedir. Bu çalışmada, TİİOSİ'nin Türkçe versiyonu kullanılmıştır.

Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGİ) (12): Bu ölçek herhangi bir hastaya tedavi başlanmadan önce ve/veya tedavi devam ederken klinisyenin o zamana dek karşılaştığı tüm hastaları göz önünde bulundurarak değerlendirme anında karşısında bulunan hasta hakkındaki izlenimini kaydetmesini sağlamak için geliştirilmiş ve üç alt boyuttan oluşan bir ölçektir. Ölçeğin ilk boyutunda hastalığın şiddeti (KGİ-

Ş), ikinci boyutunda düzelme (KGİ-D), üçüncü boyutunda ise ilaç yan etkisinin şiddeti (KGİ-T) değerlendirilir. Bu çalışmada ölçeğin Türkçe versiyonu kullanılmıştır (13).

İstatistiksel Analiz

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ve histogram analizleri ile incelendi. Açıklayıcı faktör analizi için madde sayısı başına en az 5-10 katılımcı gerektiği için en az 110-220 katılımcıya ihtiyaç olduğu hesaplandı. Çalışmanın örneklem büyüklüğü bu hesaplamaya göre belirlendi. Açıklayıcı faktör analizi için FACTOR 10.8.04 yazılımı kullanıldı (28). Faktör analizi sırasında, ordinal maddelerin tek değişkenli dağılımları asimetrik olduğundan polikorik korelasyon tercih edildi (29). Çıkarılacak faktör sayısını belirlemede paralel analizden faydalanıldı (30). Faktörlerin çıkarılmasında ağırlıklandırılmamış en küçük kareler yöntemi, döndürme yöntemi olarak oblik döndürme kullanıldı. Bütün hesaplamalar için bootstrapping yöntemi ile %95 güvenilirlik aralığında bias-corrected and accelerated robust analizler tercih edildi (31). Ölçeğin bütününün iç tutarlılığı için Cronbach α değerleri, düzeltilmiş madde – toplam korelasyonları ve madde silinirse Cronbach α (MSCA) değerleri, tüm faktörler ve ölçeğin bütünü için açıklanan varyans, özdeğerler, maddelerin faktörlere yüklenme katsayıları ve ortak etken varyansları hesaplandı. Demografik ve klinik verilerin dağılımı için verinin türüne göre bağımsız gruplarda t-testi veya Mann-Whitney U testi veya ki-kare testlerinden faydalanıldı. Çoklu grup karşılaştırmaları için Bonferonni düzeltmesi yapıldı. Ölçeklerin birlikte geçerliliği için Spearman korelasyon analizleri, ayırt edici geçerlilik için Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanıldı. Ölçeklerin test – tekrar test güvenilirliği için sınıfiçi korelasyon katsayısı (SKK), şiddete göre grupların ilk ve kontrol değerlendirmeleri arasındaki yüzde tutarlılığı için κ katsayısı hesaplandı. GAYEDÖ'nün tedaviyle değişime duyarlılığını saptamak için hastalar tarafından güvenilir şekilde fark edilebilecek değişimi tespit etmeye yarayan klinik olarak önemli en küçük değişim (KOÖEKD) hesaplandı. KOÖEKD hesaplanmasında %95 güven aralığında dağılım temelli istatistiksel yöntem tercih edildi. Bu analizler için MedCalc 17.2 yazılımı kullanıldı (MedCalc Software, Ostend, Belgium).

Etik Kurul Onayı

Çalışma öncesinde tüm katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş onam formu alındı. Çalışma ayrıca yerel etik kurul tarafından onaylandı.

BULGULAR

Verilerin normal dağılıma uygunluğu incelendiğinde değerlendirme araçlarının hiçbirinin normal dağılım koşullarını karşılamadığı görüldü.

Katılımcıların Demografik ve Klinik Özellikleri

Katılımcıların ortalama (M) yaşı 38,78 yıldı (standart sapma (SS) = 0,70 yıl, yaş aralığı = 18-65 yıl), %43,6'sı kadındı ve %34,3'ü evliydi. Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 1'de yer almaktadır.

Antipsikotik ilaç kullanan katılımcıların klinik özelliklerine bakıldığında en büyük tanı grubunun şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar (%48,8) olduğu, bunu depresif bozukluklar (%19,5), bipolar bozukluklar (%13,5) ve anksiyete bozukluklarının (%13,5) izlediği görüldü. Ortalama ruhsal bozukluk süresi 9,13 yıldı (SS=7,36, aralık=1-38 yıl). Klinik Global İzlenim Ölçeği'ne (KGİ) göre katılımcıların %57,2'si orta düzeyde hasta, %20,5'i hafif düzeyde hasta ve %14,5'i belirgin düzeyde hastaydı (KGİ-Şiddet puanı M=3,81 (SS=0,83)) (12). Tedavi sonrasında katılımcıların %56,6'sı oldukça düzelmişti, %30'u biraz düzelmişti ve %9,4'ü belirgin düzelmişti (KGİ-Düzelme puanı M =2,29 (SS=0,69)) (12). En son reçete edilen antipsikotik ilacın ortalama kullanım süresi 28,74 aydı (SS=27,37, aralık=3-120 ay). Katılımcıların %53,5'i tekli antipsikotik tedavisi altındaydı (%89,9'u sadece atipik antipsikotik, %8,8'i tipik ve antipsikotik ilaçlar birlikte), bu ilaçların %69,4'ü sadece oral yoldan, %27,3'ü ise oral ve parenteral yoldan kullanılıyordu (Antipsikotiklerin ortalama haloperidol dozu=8,02 mg (SS=7,93), aralık= 0,33-35,66 mg; kullanılan ortalama antipsikotik sayısı=1,73 (SS =1,00), aralık=1-4). Katılımcıların %66,3'ü antipsikotik dışında başka bir psikotrop

ilaç da kullanıyordu (%52,5 antidepresan ilaç, %21,2 antikolinerjik ilaç, %18,5 duygudurum dengeleyici).

Katılımcıların ilk değerlendirmeleri esnasında GAYEDÖ'den aldıkları puana göre şiddet sınıflandırmaları yapıldığında antipsikotik kullananların %83'ü (n = 293) "yan etki yok / hafif düzeyde yan etki", %17'si (n = 60) "orta düzeyde yan etki" grubunda yer alıyordu. Hiçbir katılımcı "şiddetli düzeyde yan etki" grubuna girecek düzeyde yan etkiden muzdarip değildi.

Antipsikotik İlaç Kullanımına Göre Grup Karşılaştırmaları

KG ve AG birbirlerinden medeni durum açısından farklılaştı, KG daha az oranda evli katılımcılardan oluşuyordu (p = 0.027). Grupların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi dağılımları ise birbirlerinden farklı değildi. Bu karşılaştırmalar Tablo 1'de özetlenmiştir.

Birlikte Geçerlilik Analizleri

GAYEDÖ'nün birlikte geçerlilik incelemeleri için klinisyen tarafından doldurulan KGİ-T ve özbildirime dayanan TİİOSİ'den faydalanıldı. GAYEDÖ toplam puanları her iki değerlendirme aracı ile de pozitif yönlü bir korelasyon gösterdi (p değerleri < 0.01), KGİ-T ile orta büyüklükte (rho = 0.381), TİİOSİ ile kuvvetli korelasyon (rho= 0.706) mevcuttu (Tablo 2). Bu sonuçlar GAYEDÖ'nün gerek klinisyen değerlendirmesi, gerekse de özbildirime dayalı antipsikotik yan etkilerini saptayabildiğini göstermektedir.

Ayırt Edici Geçerlilik Analizleri

Tablo 1'de gösterildiği üzere AG, KG'ye göre GAYEDÖ dahil tüm değerlendirme araçlarından daha yüksek puan aldı (tüm p değerleri < 0.001). Bu durum GAYEDÖ'nün antipsikotik kullanan katılımcıları antipsikotik kullanmayanlardan başarılı şekilde ayırt edebildiğini göstermiştir (U= 14357.50, p < 0.001).

Ayrıca KG içerisinde yer alıp herhangi bir psikotrop ilaç tedavisi görmeyen katılımcılar (n= 38, GAYEDÖ ortanca puanı = 4,50 (çeyreklikler arası mesafe (ÇAM) = 4,00)) ile antipsikotik kullanan katılımcıların birbirlerinden GAYEDÖ ile ayırt edilip edilemediği incelendiğinde de benzer sonuçlar elde edildi (U=1636.50, p < 0.001).

AG içerisindeki katılımcılar klinisyenin KGİ-T ile saptadığı yan etki varlığına göre "yan etki yaşamayan katılımcılar" (n=126, GAYEDÖ ortanca puanı (ÇAM)=11,00 (12,00)) ve "yan etki yaşayan katılımcılar" (n=171, GAYEDÖ ortanca puanı (ÇAM)=15,00 (16,00)) olarak iki gruba ayrıldığında da bu grupların GAYEDÖ ile ayırt edilebildiği görüldü (U=13919.50, p < 0.001).

Benzer şekilde AG içerisinde yer alıp klinisyenin KGİ-T puanlarına dayanarak yan etki varlığına göre gruplandırdığı katılımcıların KG ile GAYEDÖ toplam puanı açısından karşılaştırıldığı

Tablo 1. Antipsikotik kullanımına göre demografik özellikler ve değerlendirme araçları açısından grup karşılaştırmaları

	Tüm Grup (N = 353)	KG (n = 56)	AG (n = 297)	$t / U / \chi^2$	p
Yaş (yıl)	38,78 (0,70)	39,14 (13,70)	38,71 (0,76)	0.22	0.823
Cinsiyet, kadın	154 (43,6)	22 (39,3)	132 (44,4)	0.51	0.475
Medeni durum, evli	121 (34,3)	12 (21,4)	109 (36,7)	4.89	0.027
Eğitim düzeyi, <12 yıl	279 (79,0)	48 (85,7)	231 (77,8)	1.79	0.181
KGİ-T puanı	2,00 (1,00)	1,00 (1,00)	2,00 (1,00)	12252.00	<0.001
TİİOSİ puanı	4,00 (4,00)	1,50 (3,00)	4,00 (4,00)	12748.50	<0.001
GAYEDÖ puanı	11,00 (13,00)	3,00 (3,00)	13,00 (12,00)	14357.50	<0.001

Açıklama. Cinsiyet, kadın = 0, erkek = 1; medeni durum, bekar, boşanmış, dul veya ayrı yaşıyor = 0, evli veya birlikte yaşıyor = 1; eğitim düzeyi, 12 yıla kadar = 0, 12 yıl ve üstü = 1 olarak kodlanmıştır. Sonuçlar ortalama (standart sapma), ortanca (çeyreklikler arası mesafe) veya sıklık (yüzde) olarak verilmiştir. Bonferonni düzeltmesi sonrası ölçekler açısından grup karşılaştırmalarında istatistiksel anlamlılık için $p < 0.017$ değeri kabul edilmiştir. KG, kontrol grubu; AG, antipsikotik grubu; KGİ-T, Klinik Global İzlenim Ölçeği – Tolerabilite; TİİOSİ, Tedaviyle İlişkili İstenmeyen Olayların Sistematik İzlemi Değerlendirme Aracı; GAYEDÖ, Glasgow Antipsikotik Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği

Tablo 2. Değerlendirme araçları arasındaki korelasyon ilişkisi

	GAYEDÖ	KGİ-T	TİİOSİ
GAYEDÖ	1		
KGİ-T	0.381**	1	
TİİOSİ	0.706**	0.263*	1

Açıklama. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$. KGİ-T, Klinik Global İzlenim Ölçeği – Tolerabilite; TİİOSİ, Tedaviyle İlişkili İstenmeyen Olayların Sistematik İzlemi Değerlendirme Aracı; GAYEDÖ, Glasgow Antipsikotik Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği

analizlerde de tüm grupların birbirlerinden ayırt edilebildiği görüldü (H = 92140, p < 0.001). Bu analizlerde grupların ikili olarak karşılaştırmaları da istatistiksel olarak anlamlıydı (tüm p değerleri < 0.001).

Yapı Geçerliliği

Verilerin faktör analizi için uygunluğuna dair bakılan Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testinin sonucu 0.63 (kabul edilebilir) saptandı. Bartlett küreselllik istatistiği de anlamlıydı (χ^2 (210) = 2459.5, p = 0.0001). Paralel analiz sonuçları yedi faktör çıkarılmasının uygun olacağını gösterdi. Yapılan açıklayıcı faktör analizi sonucunda bazı maddelerin (madde 1, 2, 6, 8, 9, 10, 13, 17) birden fazla faktöre yüklendiği görüldü. Yine de bu faktörler içerisinde en güçlü yüklenmelerin olduğu maddelerin içerik incelemesi sonrasında birinci faktörün antikolinerjik yan etkiler (madde 12, 13, 16), ikinci faktörün kolinerjik yan etkiler (madde 8, 15), üçüncü faktörün antihistaminerjik yan etkiler (madde 1, 2, 22), dördüncü faktörün ortostatik hipotansiyon yan etkileri (madde 3, 4, 9, 11, 14), beşinci faktörün hiperprolaktinemik / cinsel yan etkiler (madde 17, 19, 20/21), altıncı faktörün galaktore (madde 18) ve yedinci faktörün ekstrapiramidal sistem / hareket bozukluğu yan etkileri (madde 5, 6, 7, 10) ile ilişkili olduğu görüldü. Maddelerin ilgili faktörlere yüklenmeleri 0.304 - 0.833 aralığında değişti. Çıkarılan faktörlerin özdeğerleri sırasıyla 3.95, 1.98, 1.79, 1.57, 1.49, 1.31 ve 1.13 idi. Faktör analizi sonrasında kümülatif olarak açıklanan varyans %63,05 (sırasıyla her bir faktör için %18,81, %9,44, %8,53, %7,51, %7,10, %6,27, %5,39) idi. Bu değer %50'nin üzerinde olması nedeniyle yeterli bulundu. Ölçek maddelerinin faktörlere yüklenmeleri, özdeğerler, ortak etken varyansları ve açıklanan varyansların dağılımı Tablo 3'te verilmiştir.

Güvenilirlik Analizleri

GAYEDÖ için Cronbach α değeri 0.775 olarak hesaplandı. Düzeltilmiş madde–toplam korelasyonları (DMTK) 0.047 – 0.502 arasında değişti. Madde 8, 10, 13, 15, 17 – 20/21 için DMTK değerleri 0.300'ün altında yer aldı. Sadece madde 8 ve 10'un silinmesi ile iç tutarlılık katsayısının hafif bir artış göstereceği saptandı. Yine de ölçeğin bütünü göz önünde bulundurulduğunda bu sonuçlar, ölçeğin iç tutarlılığının yeterli olduğunu göstermektedir (Tablo 3).

Bir ay sonraki olağan kontrol görüşmeleri sırasında GAYEDÖ'yü yeniden dolduran 82 katılımcıdan elde edilen verilere göre SKK 0.964 (%95 güven aralığı: 0.945 – 0.977, p < 0.001). Katılımcıların ilk değerlendirme ve kontrol görüşmeleri sırasında GAYEDÖ'den aldıkları puana bağlı olarak ayrıldıkları şiddet grupları arasındaki test – tekrar test yüzde tutarlılığı için κ = 0.858 (p < 0.001) saptandı. Bu sonuçlar da GAYEDÖ için test–tekrar test güvenilirliğinin sağlandığına işaret etmektedir.

Tedaviyle Değişime Duyarlılık

GAYEDÖ'de ortaya çıkan ve hastalar tarafından güvenilir şekilde fark edilebilen değişimi saptamak için dağılım temelli istatistiksel yöntem kullanılarak kontrol görüşmesine gelerek ölçeği ikinci defa doldurmuş olan hastalarda yapılan hesaplamada KOÖEKD 4.71 saptandı. Bu sonuca göre GAYEDÖ'deki en az 5 puanlık bir değişimin yan etkilerde hastalar tarafından fark edilebilir bir artma ya da azalma olduğunu gösterdiği anlaşılmaktadır.

TARTIŞMA

Bu çalışmada GAYEDÖ'nün Türkiye toplumunda antipsikotik kullanan hastalardaki geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinin yapılması amaçlanmıştır. Başlangıçtaki varsayımla uyumlu şekilde GAYEDÖ'nün Türkiye toplumunda da yan etkilerin izlenebilmesi için kullanılabileceği

Tablo 3. Ölçek maddelerinin faktörlere yüklenmeleri, özdeğerler, ortak etken varyansları, açıklanan varyansların dağılımı, ölçeğin iç tutarlılığı, düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları ve madde silinirse Cronbach α değerleri

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	h^2	DMTK	MSCA
Madde 1 (Gün içi uykululuk)	-0.010	0.259	**0.529**	0.409	0.060	-0.082	0.248	0.586	0.462	0.756
Madde 2 (Sersemleme veya zombi gibi hissetme)	0.362	0.262	**0.372**	0.318	-0.047	0.002	0.152	0.464	0.499	0.754
Madde 3 (Baş dönmesi ve/veya baygınlık)	0.117	-0.045	0.095	**0.704**	-0.078	-0.018	0.198	0.567	0.468	0.760
Madde 4 (Kalp atımında düzensizlik veya hızlanma)	-0.030	-0.134	0.202	**0.682**	0.004	-0.013	0.171	0.554	0.352	0.765
Madde 5 (Kaslarda gerilme veya seğirme)	0.042	0.107	-0.024	0.050	0.109	0.264	**0.782**	0.709	0.408	0.761
Madde 6 (Ellerde veya kollarda titreme)	0.254	-0.408	0.318	0.132	0.139	0.186	**0.508**	0.662	0.420	0.760
Madde 7 (Bacaklarda huzursuzluk veya sakince oturamama)	0.017	0.055	-0.128	0.138	-0.022	-0.203	**0.781**	0.691	0.333	0.766
Madde 8 (Salya akması)	-0.012	**0.443**	0.184	0.329	-0.393	0.373	0.010	0.632	0.209	0.775
Madde 9 (Hareketlerde veya yürüyüşte yavaşlama)	0.464	0.304	-0.124	**0.467**	0.036	-0.114	0.059	0.559	0.460	0.757
Madde 10 (Yüzde veya vücutta kontrol dışı hareketler)	0.017	0.494	-0.008	-0.074	0.021	-0.191	**0.555**	0.595	0.259	0.770
Madde 11 (Bulanık görme)	0.174	0.211	0.009	**0.705**	0.203	0.090	-0.011	0.622	0.502	0.755
Madde 12 (Ağız kuruluğu)	**0.787**	-0.009	-0.150	0.108	0.150	-0.161	0.058	0.705	0.337	0.766
Madde 13 (İdrar yapmada zorlanma)	**0.575**	-0.091	-0.289	0.402	0.066	-0.314	0.041	0.689	0.283	0.769
Madde 14 (Mide bulantısı veya kusma)	0.006	-0.335	0.169	**0.634**	0.057	0.116	0.228	0.611	0.353	0.765
Madde 15 (Yatağı ıslatma/İdrar kaçırma)	0.151	**0.687**	0.204	0.005	0.239	0.022	-0.026	0.595	0.299	0.768
Madde 16 (Çok susama ve/veya sık sık idrara çıkma)	**0.832**	0.041	0.156	0.054	-0.107	0.138	0.003	0.751	0.380	0.763
Madde 17 (Meme uçlarında ağrı ve şişkinlik)	0.171	-0.038	0.338	-0.238	**0.462**	-0.161	0.365	0.574	0.285	0.769
Madde 18 (Meme ucundan sıvı gelmesi)	-0.001	-0.060	-0.082	-0.024	0.172	**0.833**	0.022	0.734	0.047	0.777
Madde 19 (Cinsellikten zevk alamama)	-0.161	0.091	-0.001	0.214	**0.744**	0.263	0.049	0.705	0.262	0.770
Madde 20/21 (Sertleşme güçlüğü/Adetlerde değişiklik)	0.134	0.069	0.024	0.068	**0.749**	0.065	0.033	0.595	0.119	0.777
Madde 22 (Kilo alma)	-0.008	0.040	**0.793**	-0.028	-0.005	-0.049	-0.077	0.640	0.303	0.768
Özdeğer	3.95	1.98	1.79	1.57	1.49	1.31	1.13	0.775*		
Açıklanan varyans	18.81	9.44	8.53	7.51	7.10	6.27	5.39	63.05**		

Açıklama. İlgili faktöre yüklenmesi en yüksek olan maddeler koyu işaretlenmiştir. * Tüm ölçek için iç tutarlılık, ** Tüm ölçek için açıklanan varyans. DMTK, düzeltilmiş madde - toplam korelasyonları; MSCA, madde silinirse Cronbach α değerleri; F1, antikolinerjik yan etkiler; F2, kolinerjik yan etkiler; F3, antihistaminerjik yan etkiler; F4, ortostatik hipotansiyon yan etkileri; F5, hiperprolaktinemik / cinsel yan etkiler; F6, galaktore; F7, ekstrapiramidal sistem / hareket bozukluğu yan etkileri

saptanmıştır. Ayrıca GAYEDÖ için alanyazında daha önce bildirilmemiş olan tedaviyle olan değişime duyarlılığının bir göstergesi olarak KOÖEKD hesaplanmıştır.

GAYEDÖ için yapı geçerliliği, birlikte geçerlilik ve ayırt edici geçerlilik analizleri yapılmıştır. Ölçeğin geliştiricileri tarafından yapı geçerliliği bildirilmemiştir, ancak daha sonra yapılan Arapça uyarlama çalışmasında GAYEDÖ bu yönden incelenmiştir (26). Bu çalışmada ölçeğin yedi faktörden oluştuğu, bu faktörlerin ortostatik hipotansiyona benzer belirtiler, narkolepsiye benzer belirtiler, ekstrapiramidal ve antikolinerjik yan etkiler, cinsel işlev bozukluğu yan yetkileri, kolinerjik yan etkiler, hiperprolaktinemi benzeri yan etkiler ve anormal kas tonusu olarak isimlendirildiği görülmüştür. Bu faktörlere bakıldığında mevcut çalışma ile büyük oranda bir benzerlik olduğu, ancak faktörlere yüklenen maddelerin bire bir aynı olmadığı, ayrıca Türkçe versiyonda ekstrapiramidal sistem yan etkileri ve antikolinerjik yan etkilerin farklı faktörlere yüklendiği, galaktorenin kendi başına bir faktör oluşturduğu, hiperprolaktinemik ve cinsel yan etkilerin tek faktörde birleştiği, anormal kas tonusu ile ilgili bir faktörün çıkarılmadığı anlaşılmıştır. Ölçek maddelerinin birden fazla faktöre yüklenmesinde bildirilen yan etkilerin aslında tek bir nörotransmitter sistemiyle ilgili olmaması etken olabilir. Kültür, çalışma örneklemleri ve kullanılan istatistiksel yöntemlerin farklılıkları da bu durumu açıklayabilir. Bazı maddelerin birden fazla faktörde yüklenme göstermesi, KMO değerinin görece düşüklüğü, tek bir maddeden oluşan ayrı bir faktörün tespit edilmiş olması gibi nedenlerle GAYEDÖ için yapı geçerliliğinin daha büyük bir örneklemde tekrar araştırılması uygun olur.

Birlikte geçerlilik incelemelerine bakıldığında özgün geçerlilik – güvenilirlik çalışmasında GAYEDÖ ile LÜAYEDÖ arasında pozitif yönlü ve kuvvetli bir korelasyon bildirilmiştir (21). Danimarka'da yapılan çalışmada da GAYEDÖ ile UKU arasında, çoğu madde için %75'in üzerinde duyarlılık, %70'in üzerinde özgüllük değerlerine karşılık gelen bir tutarlılığın olduğu gösterilmiştir (27). Öte yandan mevcut çalışmada GAYEDÖ'nün hem klinisyenlerin değerlendirmesi ile, hem de hastaların özbildirimine dayalı değerlendirmeler ile yeterli korelasyonu gösterdiğine işaret edilmiştir. Bu yönüyle her ne kadar klinisyenlerin yan etki değerlendirmesi, hastaların özbildirimine kıyasla görece daha düşük bir korelasyon gösteriyor olsa da GAYEDÖ'nün her iki değerlendirme yöntemiyle de birlikte geçerliliğinin olduğu ilk defa gösterilmektedir. Klinisyenlerin yan etkileri değerlendirirken hastalara kıyasla daha düşük puanlama eğiliminde oldukları daha önceki çalışmalarda zaten gösterilmiş bir bulgudur (32). Bunda klinisyenlerin özellikle kronik rahatsızlıklar söz konusu olduğunda yaşamı tehdit edici özelliği olmayan veya hastada ciddi bir sıkıntıya yol açtığını fark etmedikleri yan etkileri tedavinin olağan bir parçası ve zamanla kendiliğinden geçmesini bekledikleri bir durum olarak değerlendirmeleri rol oynuyor olabilir. Hasta açısından ise her ne kadar belirtiler yaşamı tehdit edici veya belirgin düzeyde sıkıntı yaratıcı olmasa dahi kimi yan etkiler yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkileri nedeniyle daha sık olarak dile getiriliyor ve önemli bulunuyor olabilir. Hasta – hekim görüşmesi sırasında yan etkilerin doğrudan ve detaylı olarak sorgulanmadığı hallerde, örneğin cinsel yan etkiler sorgulanmadığında, bu yan etkilerin saptanmıyor olması da (33, 34) hekim değerlendirmelerindeki düşük korelasyon ilişkisi için bir başka açıklama olabilir. Ayrıca kimi hastalar hekimlerine yaşadıkları yan etkileri doğrudan söylemekten kaçınabilirler veya mevcut sıkıntılarının bir yan etki olabileceğini bilemeyebilirler. Standardize edilmiş ölçeklerde kendileriyle ilgili bu tür sorularla karşılaştıklarında bu nedenle daha yüksek işaretleme yapabilirler (35).

GAYEDÖ'nün antipsikotik kullanan ve kullanmayan katılımcıları ayırt edebildiği daha önceki çalışmalarda gösterilmiştir (21, 25). Benzer durum mevcut çalışmada da hem AG ve KG arasında, hem AG ile herhangi bir psikotrop kullanmayan katılımcılar arasında, hem antipsikotik kullanan katılımcılarda klinisyenlere göre yan etki olan ve olmayan katılımcıları ayırt etmede, hem de klinisyenlere göre antipsikotik kullanıp yan etki görülen ve görülmeyen katılımcılarla KG'yi ayırt etmede yinelenmiştir. Böylelikle GAYEDÖ'nün ayırt edici geçerliliği de gösterilmiştir.

Waddel ve Taylor, GAYEDÖ için iç tutarlılık hesaplaması yapmamıştır (21). Sonraki

çalışmalarda Cronbach α değeri 0.790 ve 0.793 olarak bildirilmiştir (24, 25). Mevcut çalışmanın sonucu da bu değerlere yakındır ve ölçeğin iç tutarlılığını desteklemektedir. Ayrıca bu çalışmada, diğer çalışmalardan farklı olarak DMTK ve MSCA değerleri de incelenmiştir. Yeterli DMTK değerlerine ulaşılamayan maddeler için katılımcıların bu ölçek maddelerini yeterince sık olarak işaretlememiş olması gerekçe olabilir. Ayrıca birbirlerinden içerik olarak oldukça farklı yan etkileri sorgulayan ölçek maddelerinin ölçeğin tümüyle yüksek bir korelasyon göstermemiş olması da bu düşük DMTK değerleri ile ilişkili olabilir. MSCA değerlerinde önemli bir değişiklik olmaması, tüm maddelerin Cronbach α hesaplamasına benzer şekilde katkıda bulunduğunu ve ölçeğin bütünüyle uyum içerisinde değerlendirme yaptığını göstermektedir ve GAYEDÖ'nün iç tutarlılığını destekleyen bir başka bulgudur.

Test – tekrar test korelasyonları açısından bakıldığında mevcut SKK sonuçlarının daha önce Yunan toplumunda yürütülen sonuçlara (0.960) oldukça yakın olduğu (25), κ tutarlılığının ise hem özgün çalışmadan (0.720) (21), hem de Yunan toplumundaki çalışmadan (0.780) (25) daha yüksek tespit edildiği anlaşılmıştır. Bu sonuçlar GAYEDÖ'nün güvenilirliğini göstermektedir.

Klinisyenler GAYEDÖ'de en az 5 puanlık bir değişim ortaya çıktığında hastalardaki yan etkilerin şiddetlendiğini veya azaldığını anlayabilecektir. Elde edilen bu sonuca göre GAYEDÖ özellikle yan etkiler nedeniyle antipsikotik tedavisi değiştirilmesi gereken hastalarda ya da bir yan etkinin uzun süreli izlemi sırasında hastaların bildirimine dayalı olarak yan etki şiddetinin nasıl değiştiğinin anlaşılması için kullanılabilir. Ayrıca yan etkileri azaltmak amacıyla verilen tedavilerin başarısı da bu skor aracıyla takip edilebilir. Böylelikle de erken dönemde müdahale edilmesi gereken hastaların tespit edilmesi mümkün olabilir. Bu yönleriyle bir ölçeğin KOÖEKD değerlerinin saptanması gereklidir ve daha önce GAYEDÖ için bu hesaplama yapılmamış olduğundan bu çalışma ile alanyazında ilk defa hasta merkezli olarak antipsikotik yan etkilerindeki değişime odaklanan bir sonuç bildirilmektedir.

Bu çalışmanın kimi özgün yönleri ve GAYEDÖ'nün kullanılmasının klinik uygulamaya olası yansımaları şu şekilde sıralanabilir: (i) Türkiye toplumu için antipsikotik ilaçların yan etkilerini kapsamlı ve sistematik şekilde sorgulamaya imkân veren ve hastaların da aktif geri bildirimleri ile geliştirilmiş olması nedeniyle ayrı bir yerde duran GAYEDÖ'nün geçerlilik ve güvenilirliği gösterilmiştir. (ii) Daha önceki bir gözden geçirme makalesinde (10) GAYEDÖ için eksikliği bildirilen yapı geçerliliği, iç tutarlılık ve tedaviyle değişime duyarlılığı için gerekli istatistiksel incelemeler yapılmıştır. (iii) GAYEDÖ hasta merkezli değerlendirmeyi esas alan, kısa sürede doldurulabilen, takibi kolaylıkla yapılabilen, tedaviyle ortaya çıkan değişimi gösterebilen bir ölçek olduğundan klinisyenler günlük uygulamalarına hemen dahil edebilirler. Öte yandan bu çalışmanın kısıtlılıkları ve ileride gerçekleştirilebilecek yeni çalışmalar için öneriler şu şekilde sıralanabilir: (i) Çalışmaya dahil edilen hastaların hepsi ayaktan polikliniğe başvurmuştur. Yatarak tedavi gören hastalar ruhsal bozukluklarının şiddeti, eşlik eden diğer ruhsal ve bedensel rahatsızlıkların varlığı, kendileri ve çevreleri için zarar verme olasılıklarının yüksekliği, madde kullanım bozukluklarının sıklığı gibi nedenlerle ayaktan başvuran ve tedavileri ayaktan sürdürülen hasta popülasyonundan farklı klinik özellikler gösterebilirler. Bu nedenle çalışmanın sonuçlarının yatan hasta örneklemine genelleştirilebilmesi mümkün olmayabilir. Bu hasta grubu için farklı bir çalışmada GAYEDÖ'nün incelenmesi gereklidir. (ii) Örneklem büyüklüğünün daha fazla olması halinde özellikle yapı geçerliliğine dair kısıtlılıklar ortadan kaldırılabilir. (iii) Klozapin kullanımı olan hastalar için GAYEDÖ'nün farklı bir versiyonu mevcuttur (36). Dolayısıyla klozapin ile ilgili yan etkilerin takibi için diğer formun kullanılması, öncesinde de bu formun Türkiye toplumu için geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması gereklidir. (iv) Çalışma örnekleminde şiddetli yan etki yaşadığını beyan eden katılımcı bulunmamaktadır. Yan etki şiddeti açısından katılımcı çeşitliliğinin sağlanması, bu hasta grubuna özgü olabilecek farklılıkları tespit etmede yol gösterebilir. (v) Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen katılımcıların sayı ve gerekçeleri kayıt altına alınmadığı için buna dair veriler sunulamamıştır. (vi) Çalışmada kullanılan değerlendirme araçları özbildirime dayalı olduğu

için katılımcıların kimi yanıtlar konusunda abartılı bir yanlılık göstermiş olmaları mümkündür. Ayrıca her ne kadar tanı değerlendirmesini bu alanda uzman kişiler yapmış olsa bile altta yatan bedensel bir hastalığın belirtileri veya kullanılmakta olan diğer ilaçlara bağlı yan etkiler ile antipsikotik ilaçlara bağlı yan etkilerin birbirleriyle karışmış olması mümkündür. Öte yandan böylesi bir olasılık sadece GAYEDÖ için değil bu amaçla kullanılan tüm değerlendirme araçları için geçerlidir.

Sonuç olarak, GAYEDÖ'nün Türkçe versiyonu antipsikotik kullanan hastalardaki yan etkilerin şiddetini saptamak, tedavi süresince bunları izlemek ve tedaviyle değişimlerini takip etmek için ayaktan başvuran hastalarda istatistiksel açıdan yeterli geçerlilik ve güvenilirliğe sahiptir. Klinisyenlerin rutin uygulamalarına GAYEDÖ'nün dahil edilmesi ile yan etkilerin hasta merkezli değerlendirme gereksinimi karşılanabilir.

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

KAYNAKLAR

1. Haddad PM, Sharma SG. Adverse effects of atypical antipsychotics: differential risk and clinical implications. CNS Drugs 2007;21:911-936.

2. Haddad PM, Fleischhacker WW, Peuskens J, Cavallaro R, Lean ME, Morozova M, Reynolds G, Azorin JM, Thomas P, Möller HJ. SMARTS (Systematic Monitoring of Adverse events Related to TreatmentS): The development of a pragmatic patient-completed checklist to assess antipsychotic drug side effects. Ther Adv Psychopharmacol 2014;4:15-21.

3. Lean M, Pajonk F. Patients on Atypical Antipsychotic Drugs: Another high-risk group for type 2 diabetes. Diabetes Care 2003; 26:1597-1605.

4. Gray R, Wykes T, Parr AM, Hails E, Gournay K. The use of outcome measures to evaluate the efficacy and tolerability of antipychotic medication: A comparison of Thorn graduate and CPN practice. J Psychiatr Ment Health Nurs 2002; 8:191-196.

5. Young SL, Taylor M, Lawrie SM. "First do no harm." A systematic review of the prevalence and management of antipsychotic adverse effects. J Psychopharmacol 2015;29:353-362.

6. Iversen TSJ, Steen NE, Dieset I, Hope S, Mørch R, Gardsjord ES, Jørgensen KN, Melle I, Andreassen OA, Molden E, Jönsson EG. Side effect burden of antipsychotic drugs in real life - Impact of gender and polypharmacy. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2018;82:263-271.

7. Çobanoğlu ZSÜ, Aker T, Çobanoğlu N. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. Düşünen Adam 2003;16:211-218.

8. Aker T, Üstünsoy S, Kuğu N, Yazıcı A. Psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum ve ilaç tedavisine uyumsuzluğu değerlendirme ölçeği. 36. Ulusal Psikiyatri Kongre Bildiri Kitabı 2000;175-179.

9. Misdrahi D, Llorca PM, Lancon C, Bayle FJ. Compliance in schizophrenia: predictive factors, therapeutical considerations and research implications. Encephale 2002;28:266-272.

10. Stomski NJ, Morrison P, Meyer A. Antipsychotic medication side effect assessment tools: A systematic review. Aust N Z J Psychiatry 2016;50:399-409.

11. Yılmaz S, Buzlu S. Liverpool Üniversitesi Antipsikotiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Formunun Güvenilirliği. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2006;16:147-154.

12. Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Rockville, MD, National Institutes of Health, 1976, pp. 218–222.

13. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Ankara, Turkey, HYB Yayıncılık, 2014.

14. Lingjaerde O, Ahlfors UG, Bech P, Dencker SJ, Elgen K. The UKU side effect rating scale. A new comprehensive rating scale for psychotropic drugs and a cross-sectional study of side effects in neuroleptic-treated patients. Acta Psychiatrica Scandinavica 1987;76(Suppl 334):1-100.

15. Chouinard G, Margolese HC. Manual for the extrapyramidal symptom rating scale (ESRS). Schizophrenia Research 2005;76:247-265.

16. Simpson GM, Lee JH, Zoubok B, Gardos G. A rating scale for tardive dyskinesia 1979;64:171-179.

17. Noyan MA, Akdeniz F, Doğaner İ, Coşkunol H. Rockland Simpson Geç Diskinezi Değerlendirme Ölçeği Güvenirlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1999;10:13-20.

18. Barnes TRE. A rating scale for drug-induced akathisia. Br J Psychiatry 1989;154:672-676.

19. Bayram E, Çotur Levent H, Tezcan S, Kuzu M, Akbostancı MC. Barnes Akatizi Değerleme Ölçeği'nin Türkçe Sürümünün Geçerlik ve Güvenirliği. Turk J Neurol 2017;23:56-59.

20. Day JC, Wood G, Dewey M, Bental RP. A self-rating scale for measuring neuroleptic side-effects: Validation in a group of schizoprenic patients. Br J Psychiatry 1995;166: 650-653.

21. Waddell L, Taylor M. A new self-rating scale for detecting atypical or second-generation antipsychotic side effects. Journal of Psychopharmacology 2008;22: 238–243.

22. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Arlington, TX, American Psychiatric Publishing, 2013.

23. Cleary A, Walsh F, Connolly H, Hays V, Oluwole B, Macken E, Dowling M. Monitoring and documentation of side effects from depot antipsychotic medication: an interdisciplinary audit of practice in a regional mental health service. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2012;19:395-401.

24. Yahya AS. Identifying Significant Antipsychotic-Related Side Effects in Patients on a Community Psychiatric Rehabilitation Unit-A Feasibility Study of The Glasgow Antipsychotic Side-Effect Scale (GASS). Examines in Physical Medicine and Rehabilitation: Open Access 2018;2:1-3

25. Nystazaki M, Tsapakis EM, Hadjulis M, Alevizopoulos G. Validation of the Glasgow Antipsychotic Side-Effect Scale (GASS) in Greece. J Psychol Clin Psychiatry 2014;1:00024. DOI: 10.15406/jpcpy.2014.01.00024

26. AlRuthia Y, Alkofide H, Alosaimi FD, Alkadi H, Alnasser A, Aldahash A, Basalamah A, Alarfaj M. (2018). Translation and cultural adaptation of Glasgow Antipsychotic Side-effects Scale (GASS) in Arabic. PloS one 2018;13(8):e0201225. DOI: 10.1371/journal.pone.0201225

27. Bock MS, van Achter ON, Dines D, Correll CU, Mors O, Østergaard SD, Kølbæk P. F28. Clinical validation of the Glasgow Antipsychotic Side Effect Scale (GASS). Schizophrenia Bulletin 2019;45(Suppl_2):S265.

28. Lorenzo-Seva U, Ferrando PJ. FACTOR: a computer program to fit the exploratory factor analysis model. Behavior research methods 2006;3:88-91.

29. 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;38:171-189.

30. Timmerman ME, Lorenzo-Seva U. Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. Psychological methods 2011;16:209-220.

31. Lambert ZV, Wildt AR, Durand RM. Approximating Confidence Intervals for Factor Loadings. Multivariate behavioral research 1991;26:421-434.

32. Lindström E, Lewander T, Malm U, Malt UF, Lublin H, Ahlfors UG. Patient-rated versus clinician-rated side effects of drug treatment in schizophrenia. Clinical validation of a self-rating version of the UKU Side Effect Rating Scale (UKU-SERS-Pat). Nordic Journal of Psychiatry 2001;55(suppl 44):5-69.

33. Tharoor H, Kaliappan SGA. Sexual dysfunctions in schizophrenia: professionals and patients perspectives. Indian J Psychiatry 2015;57:85–87.

34. Nnaji R, Friedman T. Sexual dysfunctions and schizophrenia: psychiatrists' attitudes and training needs. Psychiatrist 2008;32:208–210.

35. de Boer MK, Castelein S, Wiersma D, Schovers RA, Knegtering H. A systematic review of instruments to measure sexual functioning in patients using antipsychotics. J Sex Res 2014;51:383-389.

36. Hynes C, Keating D, McWilliams S, Madigan K, Kinsella A, Maidment I, Feetam C, Drake RJ, Haddad PM, Gaughran F, Taylor M, Clarke M. Glasgow antipsychotic side-effects scale for clozapine—development and validation of a clozapine-specific side-effects scale. Schizophrenia research 2015;168:505-513.

Bipolar bozuklukta anksiyete duyarlılığı, algılanan stres ve dürtüsel davranışlar ilişkisi

The association between anxiety sensitivity, perceived stress and impulsive behaviors in bipolar disorder

Mehmet Emin Demirkol[1], Lut Tamam[2], Zeynep Namlı[1], Kerim Uğur[3], Mahmut Onur Karaytuğ[4]
[1]Dr., [2]Prof. Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana, Türkiye
https://orcid.org/0000-0003-3965-7360-https://orcid.org/0000-0002-9750-7531-https://orcid.org/0000-0001-8954-5901
[3]Uzm. Dr., Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, Malatya, Türkiye https://orcid.org/0000-0002-3131-6564
[4]Uzm., Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, Adana, Türkiye https://orcid.org/0000-0002-6338-2195

ÖZET

Amaç: Bipolar bozuklukta prognozu olumsuz etkileyen dürtüsel davranışlar ötimik dönemde de devam edebilmektedir. Anksiyete duyarlılığı dürtüsel davranışlara yönelik koruyucu bir faktör olarak görünmektedir. Çalışmamızda bipolar bozuklukta anksiyete duyarlılığı ile dürtüsel davranışlar arasındaki ilişki ve bu ilişkide etkili olabilecek klinik özelliklerin araştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışmaya DSM-5'e göre Bipolar Bozukluk tanılı, ötimik dönemde, komorbid ruhsal hastalığı bulunmayan 70 hasta ve herhangi bir ruhsal hastalığı bulunmayan 69 gönüllü dahil edildi. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, Hamilton Depresyon Ölçeği, Young Mani Derecelendirme Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği, Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 ve UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği uygulandı. **Bulgular:** Hasta grupta algılanan stres düzeyi, Anksiyete Duyarlılığı İndeksi toplam, sosyal ve bilişsel alt boyut puanları ayrıca Dürtüsel Davranış Ölçeği sıkışıklık ve heyecan arayışı alt ölçek puanları kontrollere göre yüksek saptandı (her biri için $p<0.001$). Algılanan stres düzeyi, Anksiyete Duyarlılığı İndeksi toplam puanı ve üç alt boyutuyla ilişkili bulundu (her biri için $p<0.001$). Anksiyete duyarlılığının heyecan arayışı üzerine etkisinde algılanan stres tam aracı olarak belirlendi. **Sonuç:** Çalışmamızda bipolar bozukluk tanılı hastaların ötimik dönemde sağlıklı kontrollerden algılanan stres, anksiyete duyarlılığı ve dürtüsel davranışlar yönünden farklı özellikler gösterdiği saptanmıştır. Anksiyete duyarlılığı ile heyecan arayışı arasındaki ilişkide stres düzeyinin aracı etkisinin gösterilmesi; anksiyete duyarlılığı ve algılanan stres düzeyinin artmasıyla dürtüsel eylemlerin azalacağı hipotezini desteklemektedir.

Anahtar Sözcükler: Bipolar bozukluk, dürtüsellik, anksiyete duyarlılığı, algılanan stres

SUMMARY

Objective: Impulsive behaviors that adversely affect prognosis in bipolar disorder may persist in the euthymic period. Anxiety sensitivity is a protective factor for impulsive behaviors. In this study, we aimed to investigate the relationship between anxiety sensitivity and impulsive behaviors in bipolar disorder and the clinical features that may be effective in this relationship. **Method:** Seventy euthymic bipolar patients, according to the DSM-5 criteria, and 69 healthy volunteers with no comorbid mental disorders were included in the study. Sociodemographic data form, the Hamilton Depression Scale, Young Mania Rating Scale, Perceived Stress Scale, Anxiety Sensitivity Index-3, and UPPS Impulsive Behavior Scale were filled out. **Results:** The perceived stress level, social and cognitive sub-dimensions, and total scores of the Anxiety Sensitivity Index-3, and scores of the urgency and sensation seeking subscales of the Impulsive Behavior Scale were higher in patients than in healthy controls ($p<0.001$ for each). The perceived stress level was correlated with the total score of the Anxiety Sensitivity Index-3 and three sub-dimensions ($p<0.001$ for each). The perceived stress was a full mediator in the relationship between anxiety sensitivity and sensation seeking. **Discussion:** In this study, we found that euthymic bipolar patients showed different characteristics in terms of perceived stress, anxiety sensitivity, and impulsive behaviors than healthy controls. The mediating effect of perceived stress on the relationship between anxiety sensitivity and sensation seeking supports the hypothesis that impulsive behaviors will decrease with increased anxiety sensitivity and perceived stress levels.

Key Words: Bipolar disorder, impulsivity, anxiety sensitivity, perceived stress

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2020;23:302-312)
DOI: 10.5505/kpd.2020.65882

Makalenin geliş tarihi: 08.01.2020, Yayına kabul tarihi: 01.03.2020

GİRİŞ

Bipolar bozukluk (BB) yaşam boyu sıklığı yaklaşık %1 olan, yüksek oranda rekürrens, komorbidite ve işlevsellikte kayıpla karakterize bir ruhsal bozukluktur (1,2). Hastalık seyrinde dürtüsellik sıklıkla görülmektedir (3). Dürtüsellik ortaya çıkabilecek negatif sonuçlara önem vermeksizin hızlı, plansız eylemlere yatkınlık olarak nitelendirilmektedir (4). Dürtüsellik tek başına psikiyatrik bir tanı olmamasına rağmen kişilik bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları gibi hastalıkların tanı kriterlerinden biridir (5). Strakowski ve ark. (6) dürtüselliğin hazzı ertelemede yetersizlik, disinhibisyon ve dikkatsizlik olmak üzere birbirinden bağımsız üç komponentten oluştuğunu belirtmiştir. Saddichha ve ark. (5) ise dürtüselliği durumsal ve sürekli dürtüsellik olarak ayırmıştır. Sürekli dürtüsellik sabit bir kişilik komponenti olarak görülürken durumsal dürtüsellik hastalık dönemine göre değişkenlik göstermektedir.

BB'de dürtüsellik; hastalık başlangıç yaşını, hastaneye yatış sayısını, işlevsellik düzeyini, intihar riskini, madde kullanımını, hayat kalitesini, hastalığın gidişatını ve tedavi yanıtını olumsuz etkilemesiyle önem taşımaktadır (7). Manik epizodun klinik özelliklerinden olmasına rağmen artmış dürtüsellik depresif dönemde de görülmektedir (6). Ötimik dönemde de dürtüselliğin fazla olduğu ve böylece BB'de dürtüselliğin hem ataklarla ilişkili hem de ataklardan bağımsız bir hastalık komponenti olduğu belirtildiği gibi (6) ötimik dönemde dürtüselliğin sağlıklı kişilerden farklılık göstermediğine dair çalışma sonuçları da bulunmaktadır (4).

Geçmiş çalışmalarda stresli yaşam olaylarının atakları tetiklemesi, relapslara yol açması, tedaviye yanıt süresini uzatması dışında BB tanılı kişilerin bu olayları daha fazla deneyimledikleri saptanmıştır (8). Depresyonun 'stres oluşum modeli'ne göre depresif belirtiler marital problemler, iş kaybı gibi olaylara neden olabilir. Bu modelden yola çıkarak BB'de de hipomanik belirtilerin pozitif, depresif belirtilerin olumsuz yaşam olaylarına yol açabileceği hipotezi öne sürülmüştür (8).

Anksiyete duyarlılığı; anksiyete ilişkili duyumların fiziksel, sosyal ve bilişsel sonuçlarına yönelik aşırı korku duyma halidir (9), stresörlere kaygılı yanıt verme eğilimi taşımaktadır (10). Kaygı dışında öfke, suçluluk ve güvensizlik gibi negatif duyumlarla da ilişkilidir (10). Obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu ve sosyal anksiyete bozukluğu gibi çeşitli psikiyatrik tanılarda artmış anksiyete duyarlılığı bildirilmiştir (11). Anksiyete duyarlılığı arttıkça dürtüselliğin arttığı dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanılı hastalarda gösterilmiş ancak bildiğimiz kadarıyla BB'de bu ilişki henüz değerlendirilmemiştir (12). Literatürde BB'de anksiyete duyarlılığını araştıran, kısıtlı sayıdaki çalışmalardan birinde BB tanılı hastalarda mani/hipomani ve depresyon dönemlerinde ötimik döneme göre artmış anksiyete duyarlılığından bahsedilmiştir (13). Bir diğer çalışmada ise anksiyete duyarlılığının BB ve majör depresif bozukluk tanılı hastalar arasında farklılık göstermediğinden bahsedilmiştir (14).

Çalışmamız BB'de bugüne dek yeterince araştırılmamış olan anksiyete duyarlılığı ve dürtüsellik ilişkisini, bu ilişkide algılanan stresin olası aracı etkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Hipotezimiz anksiyete duyarlılığı, dürtüsel davranışlar ve algılanan stresin BB tanılı hastalar ve sağlıklı bireyler arasında farklılık göstereceği, anksiyete duyarlılığı ile dürtüsel davranışlar arasındaki ilişkide algılanan stresin aracı etkisinin olacağıdır. Bu ilişkinin gösterilmesi BB seyrinde morbiditeyi arttıran ve işlevselliği azaltan dürtüsel davranışların azaltılması konusunda yardımcı olacaktır.

YÖNTEM

Çalışmaya; Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Poliklinikleri'ne 15.09.2019-15.12.2019 tarihleri arasında başvuran, 18-65 yaş aralığında, BB tip 1 tanısı olan, eşlik eden demans, mental retardasyon, madde kullanım bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanıları bulunmayan, okuryazar olan 83 hasta ve herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı bulunmadığını, geçmişte psikiyatri polikliniğine başvurusu olmadığını bildiren, hasta-

larla benzer sosyodemografik özellikler gösteren, okur-yazar olan hastane çalışanı 80 gönüllü seçkisiz şekilde kontrol grubu olarak dahil edildi. Araştırmanın etik kurul onayı Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından verildi (04.09.2019 no'lu toplantı, 91 sayılı karar). Çalışma öncesinde tüm katılımcılardan aydınlatılmış yazılı onam alındı. Çalışma Helsinki Bildirgesi'ne uygun şekilde yürütüldü. Tüm katılımcılarla ilk yazar tarafından DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tanı ölçütlerine göre psikiyatrik görüşme yapıldı (15).

Son 3 ayda hastane yatışı olan veya ilaç değişikliği yapılan ayrıca anksiyete duyarlılığı ve dürtüsellik üzerine olası etkilerinden dolayı herhangi bir grup antidepresan kullanımı olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Hasta grubundan klinik görüşme sırasında ötimik dönemde olmadığı gözlenen ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği'nden (YMDÖ) beşin üzerinde puan alan 4, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nden (HAM-D) yedinin üzerinde puan alan 3 kişi ayrıca DSM-5 tanı ölçütlerine dayalı psikiyatrik görüşmeye göre kişilik bozukluğu tanısı olan 3, herhangi bir anksiyete bozukluğu tanısı olan 3 kişi anksiyete duyarlılığı ve dürtüsellik üzerine olası karıştırıcı etkilerinden dolayı çalışma dışı bırakıldı. Kontrol grubundan formları doldurmayı reddeden 4 kişi ve herhangi bir ruhsal hastalık tanısı saptanan 7 kişi çalışmadan çıkarıldı. Çalışmaya 70 BB-1 tanılı hasta ve 69 sağlıklı kontrol ile devam edildi.

Klinik görüşme ve ölçeklerin doldurulması için her hastaya yaklaşık 60 dakika ayrıldı. Sosyodemografik veriler ve hastaların geçmişte intihar girişiminde bulunup bulunmadığı bilgisi tarafımızca oluşturulan veri formu yardımıyla toplandı. Yaşam boyu hayatı sonlandırma amacıyla kalkışılan herhangi bir eylem intihar girişimi olarak değerlendirildi. Katılımcıların anlamadıkları noktalar görüşmeci tarafından açıklandı.

Ölçekler

Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu: Tarafımızca oluşturulan veri formunda cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, meslek, medeni durum gibi sosyodemografik veriler ve hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, kullanılan ilaç tedavisi, intihar girişimi gibi hastalık süreciyle ilgili bilgiler yer almaktadır.

Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ): Her biri beş şiddet derecesi içeren 11 maddeden oluşan ve mani döneminin çekirdek belirtilerini hafiften ağıra doğru derecelendiren bir ölçektir. Puanlama, hastanın bildirdiklerine ve klinisyenin görüşme sırasındaki gözlemlerine dayanmaktadır. Ancak klinisyenin görüşü önceliklidir (16). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa değeri 0.79 olarak bulunmuştur (17).

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HMDÖ): Depresif belirtileri üç veya beş dereceli boyut üzerinde değerlendiren, 17 sorudan oluşan bir ölçektir. Yüksek puanlar depresif belirtilerin şiddetinin arttığını göstermektedir. Klinisyen tarafından doldurulmaktadır. 7 ve altındaki puanlarda depresyon olmadığı kabul edilmektedir (18). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa değeri 0.75 saptanmıştır (19).

Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ): Yaşam olaylarının ne ölçüde stresli algılandığını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. 'Hiçbir zaman' ile 'çok sık' arasında puanlanan, 5'li Likert tipinde, 14 sorudan oluşan bir özbildirim ölçeğidir. Olumlu ifade içeren 7 madde ters puanlanmaktadır. Yüksek puanlar kişinin stres algısının fazla olduğunu göstermektedir (20). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa değeri 0.84 bulunmuştur (21).

Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3): Anksiyete duyarlılığını fiziksel, sosyal ve bilişsel alt boyutları ile değerlendiren, her alt boyutta 6'şar madde bulunan, 'çok az' ve 'çok fazla' aralığında puanlanan, beşli Likert tipi ölçüm yapan bir özbildirim ölçeğidir. Yüksek puanlar anksiyete duyarlılığının arttığını göstermektedir (22). Ölçeğin sosyal alt boyutu; topluluk içinde utanç verici belirtiler gösterme korkusunu, bilişsel alt boyut; kognitif olarak kontrolünü kaybetme ya da konsantrasyon güçlüğü yaşama endişesini, fiziksel alt boyut ise somatik duyumların acil bedensel bir problemin işareti olduğuna dair korku duymayı değerlendirmektedir (23). Türkçe geçerlilik ve

güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa değerleri; fiziksel, sosyal ve bilişsel alt boyutlar için sırasıyla 0.89, 0.82, 0.88 ve tüm ölçek için 0.93 saptanmıştır (11).

UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği (DDÖ): Dürtüselliği sıkışıklık, tasarlama eksikliği, sebatsızlık ve heyecan arayışı adı altında dört faktöre ayırarak ölçen, 45 sorudan oluşan dörtlü likert tipinde bir özbildirim ölçeğidir. Sorulara 'bana hiç uymuyor' ve 'bana çok uyuyor'aralığında yanıt verilmektedir (24). Ölçeğin sıkışıklık alt başlığı; negatif duygulanıma yol açan koşullarda stresten kurtulma amacıyla dürtüsel davranışlarda bulunma eğilimini, tasarlama eksikliği; eyleme başlamadan önce sonuçlarını düşünmeden davranma eğilimini, plan yapmamayı, sebatsızlık; uzun, sıkıcı veya zor olabilen görevlere odaklanmayı sürdürmede zorluğu, heyecan arayışı; heyecan verici, zevkli, riskli aktivitelerde bulunma ve tehlikeli olabilecek yeni deneyimler yaşamaya açık olma eğilimini değerlendirmektedir (25). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayıları tasarlama eksikliği için 0.85, sıkışıklık için 0.80, heyecan arayışı için 0.85, sebatsızlık için 0.80 ve tüm ölçek için 0.84 hesaplanmıştır (25).

İstatistiksel Analiz

Çalışmadan elde edilen verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenlerde veri dağılımına göre ortalama ± standart sapma veya medyan-çeyreklikler arası genişlik olarak verildi. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak özetlendi. Gruplara göre yapılan karşılaştırmalarda kategorik değişkenler arasındaki farklılıkların değerlendirmesinde Ki-Kare testi veya Fisher'in Kesin Testi kullanılırken, sürekli değişken karşılaştırmalarında, verilerin normal dağılım gösterdiği durumlarda bağımsız gruplar için t test, normal dağılım göstermediği durumlarda Mann Whitney U testi kullanıldı. Hasta grubundaki olguların yaş ve bazı ölçeklerden elde edilen sayısal değişkenler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman Rho korelasyon katsayısı kullanıldı. Hasta grubundaki olguların heyecan arayışı düzeylerine etki eden faktörleri araştırmak için tek değişkenli poisson regresyon modeli ve çoklu poisson regresyon modeli kullanıldı ve sonuçlar odds oranı ile birlikte %95 Wald güven aralığı şeklinde verildi. Çoklu modele dahil edilecek değişkenlerin belirlenmesinde, tek değişkenli p değeri 0,25'in altında olan değişkenler dahil edildi.

Mediasyon (aracılık) analizinde bootstrap yöntemi (bootstrap 5000) ve maksimum olabilirlik parametre kestirim yöntemi kullanılmıştır. Mediasyon analizinde ilk olarak temel model yani aracı (mediyatör) değişken analize dâhil edilmeden dışsal değişkenin içsel değişkeni anlamlı bir şekilde yordayıp yordamadığı test edilmiştir. Daha sonra aracı değişken (algılanan stres) modele eklenerek doğrudan ve dolaylı etkiler incelenmiştir. Analizlerdeki içsel değişkenler (heyecan arayıcı davranışlar ve stres) ve dışsal değişken (anksiyete duyarlılığı) süreklidir. İstatistik analizler için Jamovi (Version 1.0.7) ve JASP (Version 0.11.1) programları kullanılırken, mediasyon analizi için MPLUS 7.4 paket programı kullanıldı ve istatistik analizlerde anlamlılık düzeyi 0.05 (p değeri) olarak dikkate alındı.

BULGULAR

Tablo 1'de BB tanılı hastalar ile kontrol grubundaki bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim yılı, medeni durumları, çalışma durumu, yaşadığı yer ve fiziksel hastalık durumları karşılaştırıldı ve benzer dağılım gösterdikleri saptandı (her biri için $p>0,05$).

BB tanılı hastaların algılanan stres düzeyleri, ADİ-3 toplam puanı, ADİ-3 sosyal ve bilişsel alt boyut puanları ile birlikte DDÖ sıkışıklık ve heyecan alt ölçekleri puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı (her biri için $p<0,05$). Diğer karşılaştırmalar incelendiğinde ortancalar arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildi (her biri için $p>0,05$).

BB tanılı hastaların yaş, ASÖ, ADİ-3 toplam ve alt boyut puanları ile DDÖ alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar incelendiğinde yaş ile ASÖ, ADİ-3 toplam, sosyal, bilişsel alt boyutları ve DDÖ heyecan arayışı puanları arasında anlamlı düzeyde, zayıf ve doğrusal bir ilişki olduğu görüldü (her biri için $p<0,05$). Tablo 3'te hastaların algıladıkları stres düzeyleri ile ADİ-3 toplam, fizik-

Tablo 1. Gruplara göre bazı demografik ve klinik özelliklerin karşılaştırılması

	Grup		
	Kontrol (n=69)	Hasta (n=70)	p
Yaş	37,7 ± 5,3	38,6 ± 11,1	0,522$^{\Sigma}$
Cinsiyet (%)			
Kadın	28 (40,6)	36 (51,4)	0,266$^{\Omega}$
Erkek	41 (59,4)	34 (48,6)	
Eğitim yılı (ortanca [ÇAG])	12,0 [11,0- 15,0]	11,0 [8,0- 15,0]	0,240^{B}
Medeni Durum (%)			
Bekar	28 (40,6)	36 (51,4)	0,266$^{\Omega}$
Evli	41 (59,4)	34 (48,6)	
Çalışma durumu (%)			
Çalışmıyor	19 (27,5)	24 (34,3)	0,498$^{\Omega}$
Çalışıyor	50 (72,5)	46 (65,7)	
Yaşadığı yer (%)			
İl Merkezi	47 (68,1)	50 (71,4)	0,810$^{\Omega}$
İl Merkezinden Küçük	22 (31,9)	20 (28,6)	
Fiziksel hastalık, var (%)			
Var	17 (24,6)	22 (31,4)	0,483$^{\Omega}$
Yok	52 (75,4)	48 (68,6)	
İntihar girişimi			
Yok	69 (100,0)	58 (82,9)	0,001$^{\Omega}$
Var	0 (0,0)	12 (17,1)	

Σ: Bağımsız gruplar için t test. Tanımlayıcı istatistikler ortalama ± standart sapma şeklinde verildi.
B: Mann Whitney U test. Tanımlayıcı istatistikler ortanca [ÇAG] olarak verildi.
Ω: Pearson Ki-Kare testi. Tanımlayıcı istatistikler sayı (%) şeklinde verildi.
ÇAG: Çeyrekliklerarası genişlik

sel, sosyal ve bilişsel alt boyut puanları arasında anlamlı düzeyde, aynı yönlü, orta düzeyde bir ilişki olduğu saptandı (her biri için p<0,001). Diğer yandan hastalarının algıladıkları stres düzeyleri ile DDÖ tasarlama eksikliği ve heyecan arayışı arasında anlamlı düzeyde ters yönlü ilişki bulunurken, DDÖ sıkışıklık alt ölçeği arasında aynı yönlü bir korelasyon olduğu görüldü (her biri için p<0,05). Hastaların DDÖ sıkışıklık alt ölçeği puanları ile DDÖ tasarlama eksikliği ve heyecan arayışı alt ölçekleri puanları arasında anlamlı düzeyde, ters yönlü ve doğrusal bir ilişki olduğu saptanırken, DDÖ tasarlama eksikliği puanı ile DDÖ heyecan arayışı ve sebatsızlık alt ölçekleri puanları arasında aynı yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu görüldü (her biri için p<0,05).

Tablo 4'te heyecan arayışına etki edebilecek faktörler tek değişkenli ve çoklu Poisson regresyon modeli ile araştırıldı. Buna göre tek değişkenli modelde yaş ve algılanan stresin istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkili olduğu görülürken, çoklu modelde yalnızca ADİ-3 bilişsel alt boyutunun heyecan arayışın üzerine anlamlı şekilde etkili olduğu saptandı (p<0,001).

BB tanılı hastalarda anksiyete duyarlılığının heyecan arayışı üzerindeki etkisinde algılanan stresin aracı rolünün incelendiği mediasyon analizi sonuçları Tablo 5'te yer almaktadır. Ayrıca mediasyon analizi için standartlaştırılmış yol katsayıları ve standart hatalarını içeren yol diyagramı Şekil 1'de sunulmuştur. Tablo 5'e göre stres eklenmeden incelenen temel modelde (Model I) anksiyete duyarlılığının heyecan arayışını negatif yönde anlamlı bir şekilde etkilediği bulunmuştur (β=-

Tablo 2. Gruplara göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Grup		
	Kontrol (n=69)	Hasta (n=70)	p
ASÖ	22,0 [17,0- 25,0]	28,5 [24,0- 36,0]	<0,001
ADİ-3 Toplam	14,0 [6,0- 19,0]	29,0 [17,2- 44,0]	<0,001
ADİ-3 Fiziksel	4,0 [2,0- 6,0]	5,0 [2,2- 11,2]	0,145
ADİ-3 Sosyal	4,0 [2,0- 5,0]	9,0 [5,2- 14,8]	<0,001
ADİ-3 Bilişsel	4,0 [2,0- 7,0]	15,0 [12,0- 18,0]	<0,001
DDÖ Tasarlama Eksikliği	34,0 [31,0- 39,0]	36,5 [27,5- 41,8]	0,600
DDÖ Sıkışıklık	15,0 [13,0- 21,0]	29,0 [18,2- 34,0]	<0,001
DDÖ Heyecan arayışı	21,0 [16,0- 27,0]	26,0 [22,0- 34,0]	<0,001
DDÖ Sebatsızlık	30,0 [26,0- 33,0]	27,0 [24,0- 34,0]	0,289

Mann Whitney U test kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler ortanca [ÇAG] olarak verildi.
ÇAG: Çeyrekliklerarası genişlik, ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği, ADİ: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi, DDÖ: Dürtüsel Davranış Ölçeği.
Koyu olarak belirtilen p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi (p<0,05).

Tablo 3. BB tanılı hastaların ASÖ, ADİ-3 ve DDÖ puanları arasındaki ilişki

			Spearman's rho	p
ASÖ	-	ADİ-3	0,761	<0,001
ASÖ	-	ADİ-3 Fiziksel	0,477	<0,001
ASÖ	-	ADİ-3 Sosyal	0,534	<0,001
ASÖ	-	ADİ-3 Bilişsel	0,852	<0,001
ASÖ	-	DDÖ Tasarlama Eksikliği	-0,349	0,003
ASÖ	-	DDÖ Sıkışıklık	0,712	<0,001
ASÖ	-	DDÖ Heyecan Arayışı	-0,799	<0,001
ASÖ	-	DDÖ Sebatsızlık	-0,202	0,094
ADİ-3	-	DDÖ Tasarlama Eksikliği	-0,106	0,384
ADİ-3	-	DDÖ Sıkışıklık	0,623	<0,001
ADİ-3	-	DDÖ Heyecan Arayışı	-0,702	<0,001
ADİ-3	-	DDÖ Sebatsızlık	-0,091	0,451
ADİ-3 Fiziksel	-	DDÖ Heyecan Arayışı	-0,362	0,002
ADİ-3 Sosyal	-	DDÖ Heyecan Arayışı	-0,452	<0,001
ADİ-3 Bilişsel	-	DDÖ Heyecan Arayışı	-0,928	<0,001
DDÖ Tasarlama Eksikliği	-	DDÖ Sıkışıklık	-0,250	0,037
DDÖ Tasarlama Eksikliği	-	DDÖ Heyecan Arayışı	0,276	0,021
DDÖ Tasarlama Eksikliği	-	DDÖ Sebatsızlık	0,488	<0,001
DDÖ Sıkışıklık	-	DDÖ Heyecan Arayışı	-0,812	<0,001
DDÖ Sıkışıklık	-	DDÖ Sebatsızlık	0,054	0,655
DDÖ Heyecan Arayışı	-	DDÖ Sebatsızlık	0,144	0,233

Spearman Rho korelasyon katsayısı kullanıldı.
ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği, ADİ: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi, DDÖ: Dürtüsel Davranış Ölçeği.
Koyu olarak belirtilen p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi (p<0,05).

0.669; p<0.001; R2=0.45). Stresin eklendiği mediasyon analizi sonucunda (Model II) anksiyete duyarlılığının stresi pozitif yönde anlamlı etkilediği (β=0.748; p<0.001) ve stresin heyecan arayışını negatif yönde anlamlı (β=-0.710; p<0.001) bir şekilde yordadığı görülmüştür. Anksiyete duyarlılığı, stres ve heyecan arayışı yolundaki dolaylı etkinin de negatif yönde anlamlı olduğu tespit edilmiştir (β=-0.531; p<0.001). Ancak anksiyete duyarlılığı ve heyecan arayıcı davranışlar arasındaki doğrudan etkinin anlamlı olmadığı görülmüştür (β=-0.138; p=0.152). Model heyecan arayışındaki varyansın %67'sini ve stresteki varyansın %56'sını açıklamaktadır.

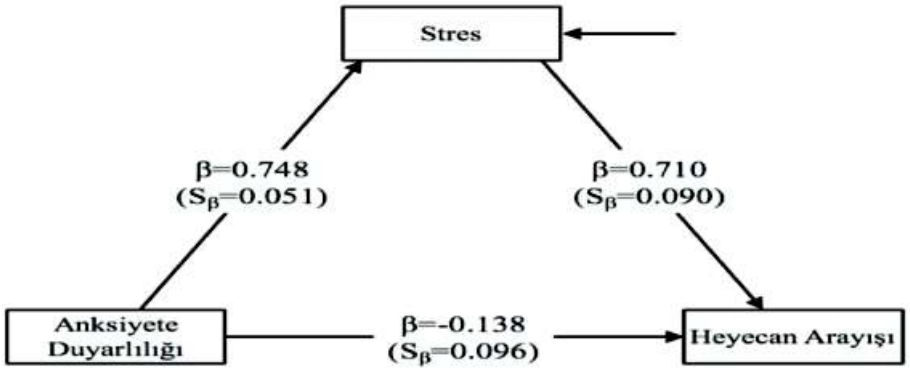
Özetle Tablo 5'e göre anksiyete duyarlılığının heyecan arayışını temel modelde anlamlı bir şekilde etkilediği saptanmıştır (p<0.001). Stresin (aracı) eklendiği mediasyon analizinde ise dolaylı etki anlamlı (p<0.001) iken doğrudan etkinin anlamlı olmadığı (p=0.152) görülmüştür. Bu sebeple stresin, anksiyete duyarlılığının heyecan arayışına etkisinde tam aracı rol üstlendiği tespit edilmiştir.

Hastaların ortalama hastalık yılı 11.52 ± 8.9, ortalama yatış sayısı 3.19 ± 2.79 idi. Ayrıca BB tanılı hastalarda algılanan stresin heyecan arayışı üzerindeki etkisinde anksiyete duyarlılığının aracı rolünün olmadığı saptandı. BB tanılı hastaların 12'sinin (%17.1) intihar girişiminde bulunduğu saptandı. İntihar girişimi olan ve olmayan hastalar DDÖ alt ölçek puanlarına göre karşılaştırıldığında, intihar girişiminde bulunanların DDÖ sıkışıklık alt ölçeği ortanca değerinin daha yüksek olduğu görüldü (38.0 [31.5- 41.2] vs 28.5 [17.2- 34.0], p=0,001).

Tablo 4. BB tanılı hastalarda heyecan arayışına etki edecek faktörlerin tek değişkenli ve çoklu Poisson regresyon modeli ile araştırılması

	Tek Değişkenli Poisson Regresyon Modeli		Çoklu Poisson Regreyon Modeli	
	OR [%95 OR için Wald GA]	p	OR [%95 OR için Wald GA]	p
Yaş	1,007 [1,003-1,011]	<0,001	1,001 [0,997-1,005]	0,698
ASÖ	0,994 [0,991-0,998]	0,001	1,003 [0,993-1,014]	0,549
ADİ-3 Bilişsel	0,995 [0,990-1,000]	0,068	0,994 [0,925-0,964]	<0,001
ADİ-3 Fiziksel	0,998 [0,993-1,003]	0,426	-	-
ADİ-3 Sosyal	0,998 [0,992-1,004]	0,551	-	-

Bağımlı değişken: Heyecan arayışı, GA: Güven aralığı, OR: Odds Ratio, ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği, ADİ-3: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi 3.
Koyu olarak belirtilen p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi (p<0,05).



Şekil 1. BB tanılı hastalarda anksiyete duyarlılığının heyecan arayışı üzerindeki etkisinde algılanan stresin aracı rolünün incelenmesi

TARTIŞMA

Bu çalışmada elde edilen en önemli sonuç ötimik dönemdeki BB tanılı hastalarda sağlıklı kontrollere göre algılanan stres ve anksiyete duyarlılığı düzeylerinin yüksek, heyecan arayıcı davranışların fazla olmasıdır. Elde ettiğimiz diğer önemli sonuç ise BB tanılı hastalarda anksiyete duyarlılığı ile heyecan arayışı arasında zıt yönlü ilişki olması ve bu ilişkide algılanan stres düzeyinin tam aracı etkisinin gösterilmesidir.

Anksiyete duyarlılığının fiziksel alt boyutu panik bozukluğu, sosyal alt boyutu sosyal fobi, depresif bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu, bilişsel alt boyutu ise travma sonrası stres bozukluğu, depresif bozukluk, yaygın ansiyete bozukluğu ve sosyal fobi ile ilişkili bulunmuştur (26). Çalışmamızda ötimik dönemdeki BB tanılı hastalar ADİ-3'ün sosyal ve bilişsel alt boyutunda ayrıca ölçek toplamında kontrol grubuna göre daha yüksek puan almıştır. BB tanılı hastalar ve kontrol grubunun ADİ-3 fiziksel alt boyutunda benzer puanlar alması her iki grubun benzer fiziksel hastalık oranlarına sahip olması ile açıklanabilir. BB, şizofreni tanılı hastalar ve sağlıklı kontrollerin dahil edildiği bir çalışmada algılanan stres düzeyleri değerlendirilmiş ve hem BB hem şizofreni tanılı hastalarda algılanan stres düzeyinin sağlıklı kontrollerden daha fazla olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada algılanan stres düzeyinin akut bir epizod öncesi en fazla olduğu saptanmış, hastaneye yatışla birlikte algılanan stres düzeyinin azaldığı belirtilmiştir (27). Çalışmamızda da benzer şekilde BB tanılı hastalarda algılanan stres düzeyinin sağlıklı kontrollerden daha fazla olduğu saptanmıştır.

BB seyrinde manik, depresif ve karma belirtili dönemlerde görülen dürtüsellik birbirinden farklı özellikler sergileyebilmektedir. Sıklıkla motor dürtüsellik manik döneme, plan yapmama ise depresif döneme özgüdür (3,28). Ancak BB tanılı hastaların ötimik dönemde Barratt Dürtüsellik Ölçeği'nin dikkat, motor ve plan yapma tüm alt başlıklarından sağlıklı kontrollere göre yüksek puan alan aldığı çalışma sonuçları bulunmaktadır ve bu sonuçlar BB'nin hem durumsal hem de sürekli dürtüsellikle ilişkili olduğunu desteklemektedir (5). Ötimik dönemin değerlendirildiği çok sayıda çalışmada da durumsal olmayan dürtüselliğin BB tanılı hastalarda sağlıklı kişilere göre fazla olduğu belirlenmiştir (28,29,30). Çalışmamızda BB tanılı hastalar DDÖ sıkışıklık ve heyecan arayışı alt ölçeklerinden sağlıklı kontrollere göre yüksek puanlar almıştır. Sadece ötimik dönemdeki hastalar dahil edildiği için durumsal dürtüsellik değerlendirilememiş ancak geçmiş çalışmalara benzer şekilde BB ile sürekli dürtüsellik ilişkisini doğrulayan sonuçlar elde edilmiştir.

Algılanan stres bugüne dek birçok çalışmada aracı

Tablo 5. BB tanılı hastalarda anksiyete duyarlılığının heyecan arayışı üzerindeki etkisinde algılanan stresin aracı rolünün incelenmesi

Model	Yol	Std. Yol katsayısı (β)	Std hata (S_β)	p
Model I. Temel model	Anksiyete duyarlılığı → Heyecan arayışı	-0.669	0.067	<0.001
Model II. Mediasyon Analizi	Anksiyete duyarlılığı → Stres	0.748	0.051	<0.001
Model II. Mediasyon Analizi	Stres→ Heyecan arayışı	-0.710	0.090	<0.001
Model II. Mediasyon Analizi (Doğrudan etki)	Anksiyete duyarlılığı → Heyecan arayışı	-0.138	0.096	0.152
Model II. Mediasyon Analizi (Dolaylı etki)	Anksiyete duyarlılığı → Stres → Heyecan arayışı	-0.531	0.083	<0.001

Koyu olarak işaretlenen p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi (p<0.05).

değişken olarak incelenmiş ve çeşitli psikolojik faktörler arasında aracılık ettiği gösterilmiştir. Pereira-Morales ve ark. (31) nörotisizm ile anksiyöz ve depresif semptomlar arasında, Lamis ve ark. (32) bilişsel bozukluk ve depresif semptomatoloji arasında, Yeung ve ark. (33) ise sosyal kısıtlılıklar ile uyku kalitesi arasında algılanan stresin kısmi ya da tam aracı rolünü göstermişlerdir. Çalışmamızda ADİ-3 toplam puanının heyecan arayıcı davranışlar üzerindeki negatif etkisinde algılanan stres düzeyinin tam aracı etkisi gösterilmiştir. Bu sonuçlar hastaların anksiyete duyarlılığı ve algılanan stres düzeyi arttıkça heyecan arayıcı davranışlardan kaçınacakları şeklinde yorumlanabilir.

Anksiyete ve anksiyete duyarlılığının ise olası senaryolar karşısında riski ve tehlikeyi azaltıcı rolü olduğu öne sürülmüştür (34,35). Fulks ve ark. (36) kumar oynama sırasında anksiyete duyarlılığı yüksek olan kişilerin daha az risk aldığını saptamıştır. Çalışmamızda da benzer şekilde DDÖ heyecan arayışı alt ölçeği ile ADİ-3'ün toplam puanı ve tüm alt boyutları arasında negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Elde ettiğimiz sonuçlar BB tanılı hastalarda anksiyete duyarlılığının sosyal, bilişssel, fiziksel alt boyutunda alınan puanlar arttıkça heyecan arayıcı davranışların azalacağını göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada anksiyete duyarlılığı ile heyecan arayıcı ve riskli davranışlar arasındaki negatif ilişkide anksiyete duyarlılığı fiziksel alt boyutunun heyecan arayışı üzerine diğer alt boyutlardan daha etkili olduğu gösterilmiştir (36). Heyecan arayıcı davranışlar üzerine etkili faktörleri araştırdığımız regresyon modelinde anksiyete duyarlılığı bilişsel alt boyutu, fiziksel ve sosyal alt boyutlardan daha etkili bulunmuştur. Janke ve ark. (37) anksiyete duyarlılığının sorunlarla baş etme stratejileriyle ilgili olduğunu, McConkey ve ark. (38) ise farklı kültürlerde farklı baş etme yöntemlerinin kullanıldığını ifade etmişlerdir. Amerikan toplumunda yapılan çalışmadan farklı olarak çalışmamızda anksiyete duyarlılığı bilişsel alt boyutunun heyecan arayışı üzerine daha etkili bulunması farklı kültürlerde baş etme stratejilerinin farklı olabileceği iddiasını desteklemektedir.

BB tanılı hastalarda yüksek travma sonrası stres bozukluğu oranları belirlenmiş (39), bu durum BB tanılı hastaların strese ve olumsuz yaşam olaylarına düşük tolerans gösterdiği şeklinde yorumlanmıştır (7). Kognitif kısıtlılıkların stres ile baş etme gücünü azalttığı, BB tanılı hastaların düşük dirençlilik nedeniyle stresli yaşam olaylarına daha hassas oldukları öne sürülmüştür (7). Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak BB tanılı hastaların algıladıkları stresin benzer sosyokültürel özellikler gösteren kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve algılanan stres düzeyi ile DDÖ sıkışıklık alt başlığı arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır.

DDÖ'nün kullanıldığı geçmiş araştırmalarda; Miller ve ark. 481 yetişkin bireyi değerlendirmiş ve ölçeğin dört alt boyutunun birbiriyle ilişkili olduğunu saptamıştır (40). Çalışmamızda ölçeğin Türkçe (25) ve İspanyolca (41) uyarlama çalışmalarına benzer şekilde tasarlama eksikliği ile sebatsızlık arasında pozitif ilişki saptandı. Her iki alt başlık da sorumluluk duygusuyla hareket etmeyi yansıttığı için sabırsız bireylerin plan yapmadan dürtüsel eylemlere kalkıştığı sonucuna varılabilir (42).

Heyecan arayışı ergenliğin başlamasıyla birlikte artıp, ergenliğin ortasında zirve yapmakta ve erken erişkinlikte düşme eğilimi göstermektedir (43). Polce ve ark. (44) erkeklerde yaş arttıkça heyecan arayışının azaldığını, kadınlarda ise arttığını bildirmiştir. Çalışmamızda elde edilen BB tanılı hastalarda yaş ile heyecan arayışının arttığı yönündeki sonuçlar farklı hastalıklar, hastalıkların farklı dönemleri ve cinsiyetlerin ayrı ayrı değerlendirildiği gelecek çalışmalar ile desteklenmeye ihtiyaç duymaktadır.

Bipolar bozuklukta intihar girişimlerinin dürtüsellikle ilişkili olabileceği düşünülmektedir (45). 14 yıllık bir takip çalışmasında duygudurum bozukluklarında dürtüselliğin intihar için en önemli yordayıcılardan biri olduğu saptanmıştır (46). Ancak dürtüsellik ve intihar ilişkisini desteklemeyen çalışma sonuçları da bulunmaktadır (28,30,47). Çalışmamızda BB tanılı hastaların 12'sinin (%17.1) geçmişte intihar girişiminde bulunduğu ve intihar girişimi olan grubun DDÖ sıkışıklık alt ölçeğinden daha yüksek puanlar aldığı

saptandı. Sıkışıklık alt ölçeğinin, olumsuz duygulanımdan kurtulmak amacıyla dürtüsel davranışlar gösterme olarak açıklandığı (25) düşünülürse intihar girişiminde bulunan grubun stresle baş etme stratejilerinin yetersiz olduğu ve intiharı bir çözüm olarak gördükleri sonucuna varılabilir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları ve güçlü tarafları bulunmaktadır. Çalışmamızın tek bir merkezde yapılmış olması ve sadece BB tip1 tanılı hastaların dahil edilmesi elde ettiğimiz sonuçların genellenmesini kısıtlayabilir. Hastaların kullandıkları ilaç grubuna göre sınıflandırılmaması dürtüsellik üzerine etkili tüm faktörlerin değerlendirilmesini güçleştirmektedir. Dürtüsellik, DDÖ ile değerlendirilmiş olup herhangi bir nöropsikolojik değerlendirme yapılmamıştır ayrıca geçmiş çalışmalar sıklıkla Barratt Dürtüsellik Ölçeği kullanılarak yapıldığı için çalışma sonuçlarının karşılaştırılması yetersiz kalabilmektedir. Komorbid ruhsal hastalığı olanların çalışmaya dahil edilmemesi güçlü yön aynı zaman da kısıtlılık doğurmaktadır. Kişilik bozuklukları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi dürtüselliği etkileyen, anksiyete bozuklukları gibi anksiyete duyarlılığını etkileyen ruhsal hastalıkların dahil edildiği gelecek çalışmalar bu konuyla ilgili daha ayrıntılı sonuçlar verebilir. BB tanılı hastalarda sıklıkla bildirilen çocukluk çağı travmalarının dürtüsellikle ilişkili olduğu bilinmektedir (48), travma öyküsünün araştırılmaması çalışmamızın bir diğer kısıtlılığı olarak kabul edilebilir. Ayrıca çalışmamızda hastaların yaşam boyunca intihar girişimi olup olmadığı sorgulanmış ancak bu girişimlerin hastalığın hangi döneminde olduğu sorgulanmamıştır. Bu ayrımın yapıldığı ve manik, depresif, ötimik dönemlerde hangi baş etme stratejilerinin kullanıldığının sorgulandığı çalışmalar bu konunun daha iyi aydınlatılmasına yardımcı olacaktır. Son olarak çalışmamızın kesitsel deseni, neden-sonuç ilişkisini uzunlamasına bir boylamda değerlendiren mediasyon analizi için kısıtlılık yaratabilir (49). Çalışmamızın güçlü tarafları arasında BB'de yeterince araştırılmamış olan anksiyete duyarlılığı kavramının ötimik dönemde sorgulanması, komorbid ruhsal durumların olası karıştırıcı etkilerinden dolayı dışlanması ve anksiyete duyarlılığı kavramının heyecan arayışı üzerine olan etkisinin mediasyon analizi aracılığı ile gösterilmesi sayılabilir.

SONUÇ

Dürtüsellik morbiditeye yol açması, sosyal, ailevi ve mesleki işlevselliği olumsuz etkilemesi, kazalara, şiddet içeren eylemlere ve intihar girişimlerine yatkınlık oluşturması nedeniyle hem klinik olarak hem de halk sağlığı sorunu olarak önem taşımaktadır. Çalışmamızda BB tanılı hastalarda dürtüsel davranışlar farklı bir bakış açısıyla değerlendirilmiş ve anksiyete duyarlılığı, algılanan stres düzeyi ile ilişkisi gösterilmiştir. BB'de dürtüsellik ve ilişkili olduğu faktörlerin belirlenmesi ve dürtüselliği azaltan ilaç kombinasyonlarının uygulanması, bu alanda psikoeğitim yapılması dürtüsellikle ilişkilendirilen madde kullanımı, duygusal instabilite, hızlı döngülülük ve karma belirtiler gibi sonuçları önlemede yardımcı olacaktır.

Yazışma Adresi: Prof. Dr., Lut Tamam, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana, Türkiye ltamam@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Ertan T. Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu Dizisi 2008; 62:25-30.

2. Lex C, Baezner E, Meyer TD. Does stress play a significant role in bipolar ardisorder? A meta-analysis. J Affect Disord 2017; 208:298-308.

3. Swann AC, Lijffijt M, Lane SD, Steinberg JL, Moeller FG. Increased trait-like impulsivity and course of illness in bipolar disorder. Bipolar Disord 2009; 11:280-288.

4. Lewis M, Scott J, Frangou S. Impulsivity, personality and bipolar disorder. Eur Psychiatry 2009; 24:464-469.

5. Saddichha S, Schuetz C. Is impulsivity in remitted bipolar disorder a stable trait? A meta-analytic review. Compr Psychiatry 2014; 55:1479-1484.

6. Strakowski SM, Fleck DE, DelBello MP, Adler CM, Shear PK, Kotwal R, Arndt S. Impulsivity across the course of bipolar disorder. Bipolar Disord 2010; 12:285-297.

7. Choi JW, Cha B, Jang J, Park CS, Kim BJ, Lee CS, Lee SJ. Resilience and impulsivity in euthymic patients with bipolar disorder. J Affect Disord 2015; 170:172-177.

8. Koenders MA, Giltay EJ, Spijker AT, Hoencamp E, Spinhoven P, Elzinga BM. Stressful life events in bipolar I and II disorder: cause or consequence of mood symptoms? J Affect Disord 2014; 161:55-64.

9. Keough ME, Riccardi CJ, Timpano KR, Mitchell MA, Schmidt NB. Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. Behav Ther 2010; 41:567-574.

10. Lilienfeld SO, Penna S. Anxiety sensitivity: Relations to psychopathy, DSM-IV personality disorder features, and personality traits. J Anxiety Disord 2001; 15:367-393.

11. Mantar A. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'ün Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi. 2008.

12. Ozten E, Tufan AE, Eryılmaz G, Aloglu D, Bulut H, Sayar GH. Determination of anxiety sensitivity and investigation of its association with impulsivity in adult attention-deficit/hyperactivity disorder patients. Neuropsychiatry 2017; 7:710–716.

13. Simon NM, Otto MW, Fischmann D, Racette S, Nierenberg AA, Pollack MH, Smoller JW. Panic disorder and bipolar disorder: Anxiety sensitivity as a potential mediator of panic during manic states. J Affect Disord 2005; 87:101–105.

14. Simon NM, Smoller JW, Fava M, Sachs G, Racette SR, Perlis R, Sonawalla S, Rosenbaum JF. Comparing anxiety disorders and anxiety-related traits in bipolar disorder and unipolar depression. J Psychiatr Res 2003;37:187–192.

15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed., American Psychiatric Association, Washington DC, 2013.

16. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. Br J psychiatry 1978; 133:429-435.

17. Karadağ F, Oral ET, Aran Yalçın F, Erten E. Young mani derecelendirme ölçeğinin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatr Derg 2001; 13:107-114.

18. Zimmerman M, Martinez JH, Young D, Chelminski I, Dalrymple K. Severity classification on the Hamilton depression rating scale. J Affect Disord 2013; 150:384-388.

19. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatr Psikol Psikofarmakol Derg 1996; 4:251-259.

20. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav 1983; 24:385-396.

21. Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy Ç. Algılanan stres ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: güvenirlik ve geçerlik analizi. New/Yeni Symposium 2013;51:132-140.

22. Taylor S, Zvolensky MJ, Cox BJ, Deacon B, Heimberg RG, Ledley DR, Abramowitz JS, Holaway RM, Sandin B, Stewart SH, Coles M, Eng W, Daly ES, Arrindell WA, Bouvard M, Cardenas SJ. Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. Psychol Assess 2007;19:176-188.

23. Rifkin LS, Beard C, Hsu KJ, Garner L, Björgvinsson T. Psychometric properties of the anxiety sensitivity index-3 in an acute and heterogeneous treatment sample. J Anxiety Disord 2015; 36:99-102.

24. Whiteside SP, Lynam DR, Miller JD, Reynolds SK. Validation of the UPPS impulsive behaviour scale: a four-factor model of impulsivity. Eur J Personal Publ Eur Assoc Personal Psychol 2005; 19:559-574.

25. Yargıç I, Ersoy E, Oflaz SB. UPPS dürtüsel davranış ölçeği ile psikiyatri hastalarında dürtüselliğin ölçümü. Klin Psikofarmakol Bul 2011; 21:139-146.

26. Baek I, Lee E, Kim J. Differences in anxiety sensitivity factors between anxiety and depressive disorders. Depress Anxiety 2019; 36:968-974.

27. Streit F, Memic A, Hasandedić L, Rietschel L, Frank J, Lang M, Witt SH, Forstner AJ, Degenhardt F, Wüst S, Nöthen MM, Kirschbaum C, Strohmaier J, Oruc L, Rietschel M. Perceived stress and hair cortisol: Differences in bipolar disorder and schizophrenia. Psychoneuroendocrinology 2016; 69:26-34.

28. Etain B, Mathieu F, Liquet S, Raust A, Cochet B, Richard JR, Gard S, Zanouy L, Kahn JP, Cohen RF, Bougerol T, Henry C, Leboyer M, Bellivier F. Clinical features associated with trait-impulsiveness in euthymic bipolar disorder patients. J Affect Disord 2013; 144:240-247.

29. Ekinci O, Albayrak Y, Ekinci AE, Caykoylu A. Relationship of trait impulsivity with clinical presentation in euthymic bipolar disorder patients. Psychiatry Res 2011;190:259-264.

30. Perroud N, Baud P, Mouthon D, Courtet P, Malafosse A. Impulsivity, aggression and suicidal behavior in unipolar and bipolar disorders. J Affect Disord 2011; 134:112-8.

31.Pereira-Morales AJ, Adan A, Forero DA. Perceived stress as a mediator of the relationship between neuroticism and depression and anxiety symptoms. Curr Psychol 2019;38:66-74.

32. Lamis DA, Hirsch JK, Pugh KC, Topciu R, Nsamenang SA,

Goodman A, Duberstein PR. Perceived cognitive deficits and depressive symptoms in patients with multiple sclerosis: perceived stress and sleep quality as mediators. Mult Scler Relat Disord 2018; 25:150–155.

33. Yeung NCY, Ramirez J, Lu Q. Perceived stress as a mediator between social constraints and sleep quality among Chinese American breast cancer survivors. Support Care Cancer 2017; 25:2249–2257.

34. Giorgetta C, Grecucci A, Zuanon S, Perini L, Balestrieri M, Bonini N, Sanfey AG, Brambilla P. Reduced risk-taking behavior as a trait feature of anxiety. Emotion 2012; 12:1373-1383.

35. Lilley PR, Cobham VE. Interaction of anxiety sensitivity and induced physiological state: Effect on behaviour and interpretation of ambiguous scenarios. Aust J Psychol 2005;57:77-86.

36. Broman-Fulks JJ, Urbaniak A, Bondy CL, Toomey KJ. Anxiety sensitivity and risk-taking behavior. Anxiety, Stress Coping 2014; 27:619-632.

37. Janke EA, Jones E, Hopkins CM, Ruggieri M, Hruska A. Catastrophizing and anxiety sensitivity mediate the relationship between persistent pain and emotional eating. Appetite 2016; 103:64-71.

38. McConkey R, Truesdale-Kennedy M, Chang MY, Jarrah S, Shukri R. The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: A cross-cultural study. Int J Nurs Stud 2008; 45:65-74.

39. Otto MW, Perlman CA, Wernicke R, Reese HE, Bauer MS, Pollack MH. Posttraumatic stress disorder in patients with bipolar disorder: a review of prevalence, correlates, and treatment strategies. Bipolar Disord 2004; 6:470-479.

40. Miller J, Flory K, Lynam D, Leukefeld C. A test of the four-factor model of impulsivity-related traits. Pers Individ Dif 2003; 34:1403-1418.

41. Verdejo-García A, Lozano Ó, Moya M, Alcázar MÁ, Pérez-García M. Psychometric properties of a spanish version of the UPPS–P impulsive behavior scale: reliability, validity and association with trait and cognitive impulsivity. J Pers Assess 2010; 92:70-77.

42. Smith GT, Fischer S, Cyders MA, Annus AM, Spillane NS, McCarthy DM. On the validity and utility of discriminating among impulsivity-like traits. Assessment 2007; 14:155-170.

43. Casey BJ, Jones RM, Somerville LH. Braking and accelerating of the adolescent brain. J Res Adolesc 2011; 21:21-33.

44. Evans-Polce RJ, Schuler MS, Schulenberg JE, Patrick ME. Gender-and age-varying associations of sensation seeking and substance use across young adulthood. Addict Behav 2018; 84:271-277.

45. Swann AC, Pazzaglia P, Nicholls A, Dougherty DM, Moeller FG. Impulsivity and phase of illness in bipolar disorder. J Affect Disord 2003; 73:105-111.

46. Maser JD, Akiskal HS, Schettler P, Scheftner W, Mueller T, Endicott J, Solomon D, Clayton P. Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or near-lethal suicidal behavior? A 14-year prospective study. Suicide Life-Threatening Behav 2002; 32:10-32.

47. Michaelis BH, Goldberg JF, Davis GP, Singer TM, Garno JL, Wenze SJ. Dimensions of impulsivity and aggression associated with suicide attempts among bipolar patients: a preliminary study. Suicide Life-Threatening Behav 2004; 34:172-176.

48. Braquehais MD, Oquendo MA, Baca-García E, Sher L. Is impulsivity a link between childhood abuse and suicide? Compr Psychiatry 2010; 51:121-129.

49. Maxwell SE, Cole DA. Bias in cross-sectional analyses of longitudinal mediation. Psychol Methods 2007;12:23-44.

Akademisyenlerin mobbing algıları ile iş doyumu ilişkisinde duygusal tükenmenin aracı rolü

The mediating role of emotional exhaustion on mobbing perception and job satisfaction of academicians

Ayfer Öztürk[1]
[1]Dr. Öğr. Üyesi., Bartın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Türkiye https://orcid.org/0000-0002-3092-0671

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı akademisyenlerin algıladıkları mobbingin iş doyumu üzerindeki etkisini araştırmak ve bu ilişkide duygusal tükenmenin aracı rolünü analiz etmektir. **Yöntem:** Akademisyenler tarafından algılanan mobbing, duygusal tükenme ve iş doyumu arasındaki ilişkiyi belirlemeye çalıştığımız bu araştırmada öncelikle teorik bir çerçeve çizilmiş ve çalışmanın teorik kısmında sırasıyla mobbing, duygusal tükenme ve iş doyumu kavramları açıklanmıştır. Daha sonra değişkenleri araştıran çalışmalar gözden geçirilerek araştırma modeli ve hipotezler oluşturulmuştur. Araştırma kısmında ise anket tekniği ile bir devlet üniversitesinde görev yapan 90 akademisyenden veri toplanmıştır. Araştırma verileri 'Kişisel Bilgi Formu', 'Akademisyenlere Yönelik Mobbing Ölçeği (AYMÖ)', 'Minnesota İş Doyum Ölçeği (MİDÖ)' ve 'Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)'nin Duygusal Tükenme Alt Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde SPSS programından yararlanılmıştır. Mobbing algısının akademisyenlerin iş doyumuna etkisinde duygusal tükenmenin aracı rolünü tespit etmek üzere korelasyon, basit ve çoklu regresyon analizleri kullanılmıştır. **Bulgular:** Yapılan analizler sonucunda algılanan mobbing, duygusal tükenmişlik ve iş doyumu değişkenleri arasında ilişki olduğu ve mobbing algısının iş doyumuna etkisinde duygusal tükenmişliğin kısmi aracı etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. **Sonuç:** Sonuç olarak iş yerinde mobbing algılayan akademisyenlerin duygusal tükenmişlik düzeyleri artmakta ve artan duygusal tükenmişlikle birlikte iş doyumu düzeyleri azalmaktadır. Ayrıca, duygusal tükenmenin mobbing ile iş doyumu ilişkisindeki aracı rolü, bu ilişkide başka aracı değişkenlerin de varlığına işaret etmektedir. Bu nedenle ileride yapılacak araştırmalarda bu araştırmadaki modele ek olarak diğer değişkenlerin aracı etkisinin araştırılması önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: Akademisyen, Mobbing, İş doyumu, Duygusal Tükenmişlik

SUMMARY

Objective: The aim of the study is to analyze the effect of perceived mobbing of academicians on job satisfaction and to reveal the moderating effect of emotional exhaustion in this relation. **Method:** SIn this research, which we try to determine the relationship between perceived mobbing, emotional exhaustion and job satisfaction, a theoretical framework was first drawn and In the theoretical part, emotional exhaustion, job satisfaction and organizational commitment have been respectively described and explained. Next, studies dealing with the relationship among variables have been analyzed and accordingly research model and hypothesis have been formed. Survey technique was used in the research. Data were collected from 90 academician participated in state university. The data were collected by using the Personal Information Form, Academicians Mobbing Scale (AMS), Minnesota Job Satisfaction Scale (MJSS) and the Emotional Exhaustion Scale (EES) of the Maslach Burnout Inventory (MBI). The questionnaire was applied to the collection of data and SPSS program was used in the analysis of the data. Corelation, simple and multiple regression analyzes were used to determine the mediating role of emotional exhaustion in the effect of perceived mobbing on job satisfaction. **Results:** According to results, it was determined that there is a relationship between, perceived mobbing, emotional exhaustion and job satisfaction and in the effect of perceived mobbing on job satisfaction, emotional exhaustion partly mediated. **Discussion:** As a result, the emotional exhaustion levels of the academicians who perceive mobbing in work place are increasing. Job satisfaction levels decrease with increasing emotional burnout. Additionally, . The mediator role of emotional exhaustion in the relationship between mobbing and job satisfaction indicates the presence of other mediating variables in this relationship. For this reason, in addition to the model in this research, it can be suggested to investigate the mediator effect of other variables in future research.

Key Words: Academician, Mobbing, Job Satisfaction, Emotional Exhaustion

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2020;23:313-325)
DOI: 10.5505/kpd.2020.16023

Makalenin geliş tarihi: 08.05.2019, Yayına kabul tarihi: 16.07.2019

GİRİŞ

Mobbing (psikolojik taciz) aktif çalışma hayatı ve sosyal yaşamın içerisinde yer alan tüm bireylerin karşılaştığı önemli bir olgudur. Kişilerin birbirine karşı yıpratıcı düzeyde gerçekleştirdikleri hareketleri tüm sektörlerde gözlemlenen bir durum olmakla birlikte, bu davranışların bir kişiyi hedef alarak ona zarar vermeye yönelik ve düzenli bir şekilde gerçekleşmesi durumunda mobbingin temeli hazırlanmış olmaktadır (1).

Mobbinge maruz kalan bireyler duygusal olarak mutsuz bir iş ortamında çalışmak durumunda kalırlar. Mobbingin olumsuz etkilerinden korunmak için çalışma ortamını olumlu hale getirecek faaliyetler uygulanması önem taşımaktadır (2). Mobbing, çalışma şartlarını olumsuz yönde etkilemektedir, bu yüzden kurum iş yerindeki mobbing eylemlerini önlemek konusunda sorumludur. Personel arasındaki çatışmalar, negatif çalışma ortamı, güvensiz iş yeri koşulları, birbirine saygı duymayan çalışanlar, o kurumda görev alan personelin başarısını ve yaratıcılığını sınırlandırır. Çalışanlar mobbing olayına maruz bırakılırsa işlerinden tatmin olamazlar. Bu durumda kurumlarında yaşadıkları olayları dışarıdaki ortamlarda dile getirdiklerinde çalıştıkları kurumun imajını ve prestijine zarar verirler (3). Çalışma ortamı içindeki mobbing ve zorbalık sonucunda, kurum en iyi çalışanlarını kaybetme riskiyle karşı karşıya kalırken, devam eden faaliyetler ve personel ilişkileri açısından yıkıcı sonuçlar ortaya çıkmakta, mobbing çalışanların girişimciliği engellemektedir (4).

Üniversite düzeyinde ele alındığında, düşünceyi ifade etmenin en özgür kullanılacağı yer olan üniversitelerin mobbingle anılması ciddi bir tezat oluşturmaktadır. Bu nedenle bu hassasiyete sahip üniversitelerde çalışan akademisyenlerin mobbing konusundaki genel ve kurumsal algılarının belirlenmesi bu açıdan oldukça önem arz etmektedir. Hiçbir üniversite mobbing konusuyla anılmak istememektedir. Ancak insan unsurunun olduğu her kurumda az da olsa mobbingle karşılaşılması kaçınılmazdır. Türkiye'de özel ve kamu üniversitelerinde çalışan akademisyenlerin mobbing algılarını tespit etmeye yönelik gerçekleştirilen birçok araştırmada maalesef özel ya da kamusal olmasına bakılmaksızın mobbing sorununun varlığına yönelik işaretlere rastlandığı görülmektedir. Bu alanda yapılan araştırmalara bakıldığında araştırmaların büyük bir bölümünün yönetim ile çalışan akademik personel arasında mobbing ilişkisini saptamaya çalıştıkları, mobbinge maruz kalan kişilerin performanslarında görülen olumsuzluklar ve iş doyumu üzerinde etkilerinin sınırlı sayıda ele alındığı görülmektedir (5-11).

Mobbingin kişiler üzerinde biyo-psiko-sosyal yönden olumsuz etkileri vardır. İnsanların iş yerinde yaşadıkları ilişkilerin zorlaşması ve bu sonuca bağlı olarak bir şeylerin ters gittiği yolundaki inançların artmasıyla gelişen süreç kişileri modern çağın önemli bir problemi olan tükenmişlik (burnout) ile karşı karşıya bırakmaktadır.

Tükenmişlik kavramı ilk olarak 1974 yılında Freudenberger tarafından ele alınmış ve çalışanları verimsiz yapan, enerjisini düşüren, işine karşı ilgisiz kılan bir durum olarak tanımlanmıştır (12,13). Bu tanım aynı zamanda Maslach ve Jackson (1981) tarafından duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarının azalması olarak adlandırılan ve araştırmacılar tarafından üzerinde uzlaşıya varılmış olan tükenmişliğin üç boyutunu da içermektedir (14,15).

Tükenmişliğin en önemli boyutu olarak görülen duygusal tükenme, duygusal olarak aşırı yüklenmiş olma hissi ve bireyin duygusal kaynaklarındaki tükenme olarak tanımlanmakta ve tükenmişliğin stres boyutu olarak nitelenmektedir (15,16,17). Yapılan araştırmalarda, mobbing mağduru kişilerin kendilerini kimliksiz hissetmeye başladığı, psikolojik ve fizyolojik birçok hastalığın ortaya çıktığı, stres, ve özgüven eksikliği yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Mobbing mağdurlarıyla yapılan görüşmelerde mobbing mağdurlarının psikolojik belirtiler olarak; endişe, panik atak, öfke, güven eksikliği, sinirlilik, kayıtsızlık, konsantrasyon bozukluğu yaşadıkları, fiziksel belirtiler olarak daha çok; terleme, titreme, uykusuzluk gibi problemler yaşadıkları bildirilmiştir (18). Bütün bu bulgular, iş yerinde mobbingin tükenmişlik sendromu ile bağlantılı bir yapı içerdiğini düşündürmektedir. Bu şekilde, çeşitli yıldırma ve duygusal şiddet

eylemlerinin çalışanların dayanma güçlerini, verimliliklerini önce düşürüp sonra da tükenmişlik yaşatarak onları işten uzaklaştırmaya ve ayrılmaya zorlamakta olduğu belirtilmektedir. Bu bakımdan, çalışma yaşamının değişik evrelerinde ortaya çıkabilen, bireyin enerji kaynaklarının stres yapıcı koşullar altında azalmasını ifade eden tükenmişlik kavramını, mobbing olgusunun bağlamında ele alma ihtiyacı doğmaktadır (19).

Tükenmişlik, ilk başta bireysel düzeyde etkisini gösteren bir sendrom olsa bile bu durum zaman içinde bireysel boyutları aşmaktadır. Bireyin sağlığını kaybetmesine ve moralinin bozulmasına neden olan tükenmişlik, çalışma hayatı üzerinde de bazı olumsuz etkilere sahiptir (20).

Tükenmişliğin çalışma hayatı üzerindeki etkilerinden birisi çalışanın iş doyumu üzerindeki etkisidir. İş doyumu çalışanların işlerinden duydukları memnuniyeti veya memnuniyetsizliği ifade eden iki uçlu bir kavramdır (21). Birinin işine veya iş tecrübesine yönelik takdirden kaynaklanan hoş ve olumlu duygusal durum olarak tanımlanabilen iş doyumunu, içsel ve dışsal faktörler belirlemektedir (22). İş doyumu kişinin işindeki performansını belirleyen en önemli unsurdur. Eğer kişi işinden memnunsa, işini seviyor ve işi hakkında olumlu düşüncelere sahip demektir. Bu da iş performansını yükseltmektedir (23). İşinden memnun olmayanlar ise düşük verim ve performansla çalışarak görevlerini yerine getirmeye çalışmakta hatta işten ayrılmanın yollarını aramaktadır (24). Yaptığı işten tatmin olmayan ve çalıştığı kurum içerisinde istediği huzurlu çalışma ortamını bulamayan bireyde, yüksek düzeyde moral ve motivasyon bozukluğu yaşanır (20). Oysa kurumlarda temel amaç çalışanların performanslarından olabildiğince yararlanmaktır. Özellikle bazı sektörlerde çalışanlardan üst düzeyde verim almak yalnızca kurumlarım değil toplumun gelişmesi adına önemlidir. Eğitim sektörü bu kurumların başında gelmektedir. Geleceğin nesillerinin yetiştirildiği okullarda keyifle çalışan öğreticilerin genç nesillerin donanımlı yetişmesindeki katkısı oldukça önemlidir (24).

İş yerinde mobbing ile iş doyumu arasındaki ilişkiye odaklanan sınırlı sayıdaki çalışmalar her iki değişken arasındaki negatif doğrusal ilişkiyi açıkça ortaya koymaktadır. Örneğin Bowling ve Beehr (2006) iş yerinde karşılaşılan psikolojik tacizin çalışanlar üzerindeki etkilerini ortaya koyan 90 çalışmayı meta analiz yöntemiyle incelemiş; iş yerindeki saldırganlığın agresyon, stres, depresyon ve mesleki tükenmişlikle pozitif, yaşam doyumu, iş doyumu ve örgütsel bağlılık ile negatif yönlü ilişkisi olduğunu ortaya koymuşlardır (25). Başka bir çalışmada mobbing mağduru olanların olmayanlara kıyasla daha az iş tatmini sağladıkları bildirilmiştir (26). Sağlık sektöründe çalışanlar üzerinde yapılan bir çalışmada ise, kurumlarında psikolojik tacize maruz kalanların iş doyumlarının düşük olduğu saptanmıştır (27).

Tükenmişlik ve iş doyumu ilişkisini ortaya koyan araştırmalar incelendiğinde ise, iki değişken arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Örneğin, Özyurt ve arkadaşları (2006) Türk hekimleri ile yaptıkları çalışmada, duygusal tükenmenin iş doyumu ile ters yönde ilişki olduğunu ortaya koymuşlardır (28). Bu konu ile ilgili olarak araştırmacılar iş doyumu ve tükenmişlik ilişkisini incelerken değişik yaklaşımlar ortaya koymuşlar ancak temel görüş olarak tükenmişliğin iş doyumuna bağlı olarak değiştiği noktasında buluşmuşlardır (29). Macaristan'da sağlık çalışanları üzerine yapılan bir araştırmada iş tatmininin, tükenmişlik alt boyutlarıyla güçlü bir şekilde ilişkili olduğu belirlenmiş; iş tatmin düzeyi azalırken, tükenmişliğin alt boyutu olan duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın arttığı belirlenmiştir (30). Taşlıyan ve arkadaşları (2014) akademisyenler ile gerçekleştirdikleri çalışmada, duygusal zekâ ile iş tatmini ve tükenmişlik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptanmışlar; iş tatmini ile duygusal tükenme arasında orta düzeyde ve negatif yönlü bir ilişki olduğunu bulunmuşlardır (31).

Akademik alanda tükenmişlik sonucu ortaya çıkan sorunlar yalnızca o kişiyi ilgilendirmez. Bireyin ötesinde öğrencilere, okula, personele ve bireyin ailesine kadar uzanır. Öğretim elemanının akademik tükenmişlik yaşamasının kendi kişisel sağlığı ve öğrenciye sunulan eğitim süreci üzerinde zayıflatıcı bir etkisi vardır. Bu durumda verilen eğitim-öğretim hizmetinin nitelik ve niceliğinde bozulma olurken, öğrencilerin ruhsal sağlıkları da olumsuz şekilde etkilenecektir. Ayrıca bir süre

sonra, çeşitli güçlüklerle yetişen insan gücü, hizmet alanından uzaklaşmaya başlayacaktır (32,33).

Akademisyenlik, çalışma hayatındaki yoğun stres kaynakları nedeniyle, özellikle tükenmişlik bakımından yüksek risk grubunda yer alan bir meslektir. Tükenmişlikle ilgili araştırmalar incelendiğinde, çalışmaların daha çok hekimler, hemşireler ve öğretmenlerle yapıldığı, öğretim elemanlarıyla yapılan çalışmaların ise az sayıda olduğu dikkat çekmektedir. Bununla birlikte, akademik personelin iş tatmini ve tükenmişlikleri ile ilgili çalışma sayısı çok fazla değildir. Bu çalışmada akademisyenler üzerindeki mobbingin iş tatminsizliği yaratması sürecinde, duygusal tükenmenin kritik bir faktör olup olmadığı araştırılmaktadır. Buradaki hareket noktası, duygusal tükenmenin, mobbinge maruziyetine psikolojik bir tepki olarak oluşup daha sonra da çalışanda iş doyumsuzluğu yaratabileceğidir. Bu yaklaşım Maslach ve Leiter'in tükenmişliği birey-örgüt uyumsuzluğu açısından tanımladığı modeline dayanmaktadır (34). Modelde tükenmişlik, örgütsel koşulların iş tatmini, bağlılık gibi bazı sonuçlar yaratması sürecinde önemli bir aracı değişken olarak ele alınmaktadır. Daha önceki birey-örgüt uyum modellerinde, herhangi bir uyumsuzluk durumunun bireyde örgütsel bağlılık ve iş tatmininin azalması, performansın düşmesi gibi sonuçlar yarattığı öngörülmekteyken bu modelde, farklı olarak tükenmişliğin bu neden-sonuç ilişkisine aracılık ettiği vurgulanmaktadır. Diğer bir ifadeyle örgütsel koşullara ilişkin değişkenler ve birey arasındaki uyumsuzluk tükenmişliğe neden olmakta, tükenmişlik de çeşitli negatif sonuçlar ortaya çıkarmaktadır (15). Model daha sonra yapılan araştırmalarla da desteklenmiştir. Siegall ve McDonald (2004) tükenmişliğin, birey-örgüt değer uyumu ile iş tatmini arasındaki ilişkide aracı etkisine sahip olduğunu tespit etmişlerdir (35). Bunun yanı sıra çoğu araştırmacı tükenmişlik değişkenini, öncülleri ve sonuçları arasında bir aracı değişken olarak ele almaktadır (36-39). Bu araştırmalar tükenmişliğin rol stresörleri ile iş tatmini, performans gibi davranışsal ve psikolojik sonuçlar arasındaki ilişkide aracı etkisi olduğunu göstermektedir. (40).

Buraya kadar sunulan bilgiler ışığında araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibi oluşturulmuştur:

H1: Akademisyenlerin algıladıkları mobbing düzeyleri ile duygusal tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır.

H2: Akademisyenlerin duygusal tükenmişlik düzeyleri ile iş doyumu düzeyleri arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişki vardır.

H3: Akademisyenlerin algıladıkları mobbing düzeyleri iş doyumu düzeyleri arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişki vardır.

H4: Akademisyenlerin algıladıkları mobbing duygusal tükenme aracılığıyla iş doyumlarını negatif yönde etkilemektedir. Yani akademisyenlerin algıladıkları mobbing ve iş doyumu ilişkisinde, duygusal tükenme aracı rol oynamaktadır.

YÖNTEM

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini bir devlet üniversitesinde görev yapan öğretim üyesi ile öğretim elemanları oluşturmaktadır. Bu üniversitede görev yapan 580 akademik personel bulunmaktadır. Araştırma için örneklem seçimine gidilmeyip bütün akademik personele ulaşılması hedeflenmiş olup araştırmaya katılmaya gönüllü 90 akademisyen ile araştırma tamamlandı.

Verilerin Toplanması

Araştırma verileri Mart 2019-Mayıs 2019 tarihleri arasında E-posta ile elektronik ortam üzerinden toplandı. Veri toplama araçları (ölçek ve anket formları) bir link yardımı ile akademisyenlerin e-posta adreslerine gönderildi ve araştırmanın amacı ve araştıramaya katılımın gönüllük esasına dayandığı mail içeriğinde belirtildi. Veriler link yardımı ile üniversitenin UBYS sistemi üzerinden toplandığı için katılımcıların kimlik bilgileri gizli kaldı. Veri toplama araçlarının doldurulması yaklaşık 10-15 dakika sürdü.

Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından literatür bilgisinden yararlanarak hazırlanan formda katılımcıların tanımlayıcı bilgilerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, ünvan, kıdem yılı) içeren toplam 5 soru bulunmaktadır.

Akademisyenlere Yönelik Mobbing Ölçeği (AYMÖ): Ölçek akademisyenlerin maruz kaldıkları mobbing davranışlarını belirlemek için Çögenli ve Asunakutlu (2014) tarafından geliştirilmiştir. 5 alt boyut ve 29 maddeden oluşan ölçek 5'li likert tipi (Hiçbir zaman, Nadiren, Bazen, Genellikle, Her zaman) bir ölçektir. Yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmaları sonucunda ölçek 5 alt boyut altında toplam 23 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte, Kendini Gösterebilmeye ve İletişime Yönelik Saldırılar ile ilgili 6, Sosyal İlişkilere Yönelik Saldırılar ile ilgili 4, İtibara Yönelik Saldırılar ile ilgili 3, Mesleki Duruma Yönelik Saldırılar ile ilgili 7 ve Kişinin Psikolojik Sağlığına Yönelik Saldırılar ile ilgili 3 soru yer almaktadır. Ölçeğin puanları 23 ile 115 arasında değişmektedir. Akademisyenlere Yönelik Mobbing Ölçeğinin (AYMÖ) güvenirliği Cronbach Alpha katsayısı ile belirlenmiştir. Ölçeğin tamamına ilişkin güvenilirliği (Cronbach's Alpha) α=0,970 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarını oluşturan güvenirlik katsayıları: 1. Kendini Gösterebilmeye ve İletişime Yönelik Saldırılar (α=0,899), 2. Sosyal İlişkilere Yönelik Saldırılar (α=0,917), 3. İtibara Yönelik Saldırılar (α=0,821), 4. Mesleki Duruma Yönelik Saldırılar (α=0,911) ve 5. Kişinin Psikolojik Sağlığına Yönelik Saldırılar (α=0,740) şeklinde bulunmuştur (41). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,95 bulunmuştur.

Minnesota İş Doyum Ölçeği (MİDÖ): Akademisyenlerin iş doyumu düzeylerini belirlemek için Minnesota İş Doyum Ölçeğinin (Minnesota Satisfaction Questionnaire) kısa formu kullanılmıştır. Minnesota Doyum Ölçeği'nin uzun formundan (100 madde) iç ve dış faktörlerden oluşan doyum durumları ile ilgili maddeler birleştirilerek 20 madde halinde bir ölçek geliştirilmiştir (42). Baycan (1985) tarafından yapılan geçerlilik ve güvenirlilik çalışmaları sonunda Cronbach Alpha değeri 0.77 olarak bulunmuştur. Genel doyum puanı maddelerin tamamından elde edilen puanların toplamından oluşmaktadır. Buna göre en düşük puan 20, en yüksek puan 100'dür. Yükselen puanlar iş doyumunun arttığını göstermektedir. Minnesota iş doyum ölçeğindeki puanlar; Hiç hoşnut değilim: 1 puan, Hoşnut değilim: 2 puan, Kararsızım: 3 puan Hoşnutum: 4 puan, Çok Hoşnutum: 5 puan olarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin 12 maddesi içsel faktörlere bağlı iş doyumunu ölçmekte, 8 maddesi de dışsal faktörlere bağlı iş doyumunu ölçmektedir. İçsel tatmin: (1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 20 2), Dışsal tatmin (5, 6, 12, 13, 14, 17, 18, 19 3), Genel tatmin (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20) maddelerini içermektedir. Ölçeğe ait içsel ve dışsal faktörler birleşik olarak genel iş doyumu olarak ele alınmıştır. Genel tatmin puanı 20 maddeden elde edilen puanların toplamının 20'ye, içsel doyum faktörleri oluşturan maddelerden elde edilen puanların toplamının 12'ye, dışsal doyum puanı ise dışsal faktörleri oluşturan maddelerden elde edilen puanların toplamının 8'e bölünmesi ile elde edilmektedir. Genel doyum, içsel doyum ve dışsal doyum puanları yöneticilerin iş doyumunun derecesi ile doğru orantılıdır (43). Pek çok araştırmada kullanılan ölçeğin, bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,91 bulunmuştur

Duygusal Tükenme Alt Ölçeği (DTÖ): Araştırmaya katılan akademisyenlerin duygusal tükenme düzeylerinin belirlenebilmesi için 1981 yılında Maslach ve Jackson tarafından geliştirilen ve Ergin (1992) tarafından Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış olan 22 maddelik Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin 9 ifadeden oluşan Duygusal Tükenme alt ölçeği kullanılmıştır (44,45).Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin, 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 ve 20 numaralı soruları duygusal tükenmişlik kısmını temsil etmektedir. sorular 5 dereceli likert şeklinde, şiddet derecelerine göre 0: Hiçbir zaman, 1: Çok nadir, 2: Bazen, 3: Çoğu zaman ve 4: Her zaman şeklinde cevaplanmaktadır. Ölçekteki alt boyutların hepsi 0, 1, 2, 3 ve 4 puan şeklinde hesaplanır. Ölçekte yer alan ifadelere 5'li Likert formatında yanıt istenmiştir, buna göre 5= Her zaman; 0= Hiçbir zaman'ı ifade etmektedir. "Ölçeğin Cronbach alfa değeri Ergin (1992)'in çalışmasında 0.83 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,87

bulunmuştur.

Araştırma İzinleri –Etik Prosedür

Araştırmanın uygunluğu için Etik Kuruldan izin (2019-024) alındıktan sonra, üniversitenin Kalite Koordinatörlüğü Ölçme ve Değerlendirme biriminden; araştırmanın amaç ve kapsamını içeren bilgi formu, araştırmada kullanılacak ölçek formları ve etik kurul formu sunularak araştırmanın uygunluğu açısından görüş alındı. Araştırma süresince, "İnsan haklarına ve araştırma etik ilkelerine saygı gösterilerek çalışıldı. Anket ve Ölçek formlarının uygulanmasında gönüllülük esas alınarak, çalışma hakkında katılımcılara bilgi verildi. Katılımcıların kimlik bilgileri istenmedi.

İstatistiksel Analiz

Sayısal değişkenler arasındaki doğrusal ilişkiyi saptamak için Pearson korelasyon katsayıları hesaplandı. Beta katsayıları tek değişkenli doğrusal regresyon analizi ile tahmin edildi. Bağımsız değişkenin birden fazla olduğu modellerde beta katsayısı çoklu doğrusal regresyon modelleri ile incelendi. Geçerlik ve güvenirliğin test edilmesi amacı ile Cronbach alfa katsayıları hesaplandı. Tanımlayıcı istatistik olarak sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, kategorik değişkenler için ise sayı ve % değerleri verildi. İstatistiksel analizler için SPSS Windows version 24.0 paket programı kullanıldı ve $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Tablo 1. Akademisyenlerin tanımlayıcı özellikleri

		N	%
Cinsiyet	Kadın	52	57,0
	Erkek	38	50,0
Medeni durum	Evli	49	54,4
	Bekar	41	45,5
Yaş	29 ve altı	16	17,8
	30-39	44	48,9
	40-49	17	18,9
	50-59	11	12,2
	60 ve üzeri	2	2,2
Unvan	Araştırma görevlisi	19	21,1
	Öğretim görevlisi	30	33,3
	Dr. Öğr. Üyesi	26	28,9
	Doç Dr	7	7,8
	Prof.Dr.	8	8,9
Kıdem yılı	0-5	28	28,7
	6-10	24	27,6
	11-15	15	17,2
	16-20	12	13,8
	21 ve üzeri	11	12,6
Mobbinge maruz kalma durumu	Evet	49	55,7
	Hayır	20	22,7
	Kısmen	19	21,6

BULGULAR

Akademisyenlerin Tanımlayıcı Özellikleri

Katılımcıların %57'si kadın ve %54,4'ü evlidir. Araştırmaya katılan akademisyenlerin yaş ortalamalarına bakıldığında %48,9'u 30-39 yaş aralığında olup katılımcılar daha çok Öğretim Görevlisi (%33,3) ve Araştırma görevlilerinden (%21,1) oluşmaktadır. Akademisyenlerin kıdem yılları 0-5 yıl (%31,1) ile 21 yıl ve daha fazla (%12,6) olarak değişmektedir (Tablo 1).

Akademisyenlerin Algıladıkları Mobbing ile İş Doyumu ve Duygusal Tükenmişlik Puanları Arasındaki Korelasyon: Algılanan mobbing, iş doyumu ve duygusal tükenme değişkenlerine ilişkin ortalama değerlere bakıldığında araştırma kapsamındaki akademisyenlerin algıladıkları mobbing (56,76±22,42) ve duygusal tükenme düzeylerinin (17,50) orta düzeyde olduğu söylenebilir. Yine bu çalışmada akademisyenlerin iş doyumu düzeylerine ilişkin ortalama değere bakıldığında (59,22±15,14) ve bu değerin en fazla 100 olabileceği düşünüldüğünde, akademisyenlerin iş tatminlerinin genel olarak ortalamanın üzerinde olduğu söylenebilir (Tablo 2).

Değişkenler arasında korelasyon değerleri incelendiğinde, her üç değişken arasında 0,01 düzeyinde anlamlı ilişkilerin olduğu görülmektedir. Algılanan mobbing ve duygusal tükenme arasındaki ilişki pozitif yönlü iken, algılanan mobbing ve duygusal tükenmenin iş doyumu ile ilişkisi negatif yönlüdür (Tablo 2).

Akademisyenlerin Algıladıkları Mobbing ile İş Doyumu İlişkisinde Duygusal Tükenmenin Aracı

Tablo 2. Ölçeklerden alınan puanlar ve korelasyonlar

	n	Ort.±Ss	Min-Maks	AYMÖ	MİDÖ	DTÖ
AYMÖ	90	56,76 ± 22,42	23-115	(0,959)*		
MİDÖ	90	59,22 ± 15,14	20-100	-0.444**	(0,915)*	
DTÖ	90	17,50 ± 7,55	0-36	0,630**	-0,530**	(0,873)*

*Ölçeklerin güvenilirlik değerleri (Cronbach Alfa) parantez içinde verilmiştir.SS: Standart Sapma
** Korelasyon değerleri 0.01 düzeyinde anlamlıdır (çift yönlü).

Rolüne Yönelik Bulgular: Algılanan mobbing ve iş doyumu ilişkisinde duygusal tükenmenin aracı rolünün belirlenmesinde Baron ve Kenny (1986) tarafından önerilen aracı değişken analizi yöntemi kullanılmıştır (46). Buna göre bağımlı değişken (iş doyumu) üzerinde bağımsız (algılanan mobbing) ve aracı değişkenin (duygusal tükenme) ayrı ayrı direkt etkisi olmalı (b ve c), ayrıca bağımsız değişken (algılanan mobbing) ile aracı değişken arasında ilişki olmalıdır (a).

Baron ve Kenny (1986) bir değişkenin aracı rolünden söz edebilmek için, aşağıdaki koşulların var olması gerektiğini belirtmektedir (46):

a) Bağımsız değişkendeki değişme, aracı değişkende değişmeye neden olmalı,

b) Aracı değişkendeki değişme, bağımlı değişkende değişmeye neden olmalı,

c) Aracı değişken ve bağımsız değişken birlikte analize dahil edildiğinde, bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisi azalmalı ya da tamamen ortadan kalkmalıdır. Bu etkinin tamamen ortadan kalkması güçlü ve tek aracı değişken olduğuna, sıfır olmaması ise, başka aracı değişkenlerin de varlığına işaret etmektedir.

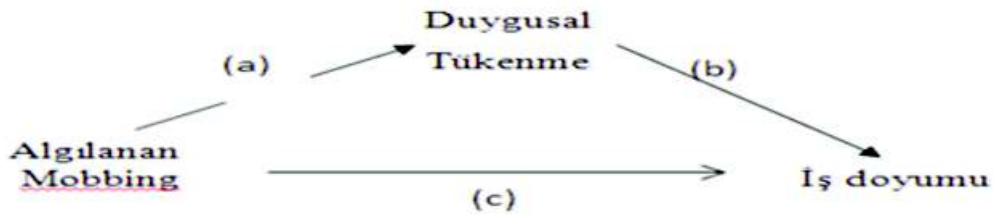
Buna göre öncelikle Şekil 1'deki ilişkilerin incelenmesi amacıyla yapılan regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 2, 3, 4, 5'de sunulmuştur.

H1: Akademisyenlerin algıladıkları mobbing düzeyleri ile duygusal tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır (Tablo 3).

Tablo 3'de modelin açıklama katsayısı olan R2 değeri incelendiğinde, duygusal tükenmişlik düzeyindeki değişimin %40'ı akademisyenlerin algıladıkları mobing düzeyi değerleri ile açıklanabildiği gözlenmiştir. Anova tablosu incelendiğinde kurulan modelin anlamlı olduğu görülmektedir (F=57,883; p=0,001). Tablo 3'ün son bölümü incelendiğinde tahmin edilen regresyon katsayısı (B) incelendiğinde akademisyenlerin algıladıkları mobing düzeyi değerindeki bir birimlik artışın duygusal tükenmişlik düzeyinde 0,212 birimlik bir artışa neden olacağı gözlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda "akademisyenlerin algıladıkları mobbing düzeyleri ile duygusal tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır" şeklinde ifade edilen 1. Hipotezin doğrulandığı görülmektedir.

H2: Akademisyenlerin duygusal tükenmişlik düzeyleri ile iş doyumu düzeyleri arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişki vardır (Tablo 4).

Tablo 4'de modelin açıklama katsayısı olan R2 değeri incelendiğinde, duygusal tükenmişlik düzeyindeki değişimin %25'inin Minnesota İş Doyum Ölçeği değerleri ile açıklanabildiği gözlenmiştir. Anova tablosu incelendiğinde kurulan modelin anlamlı olduğu görülmektedir (F=29,830:p=0,001). Tablo 4'ün son bölümü incelendiğinde tahmin edilen regresyon katsayısı (B) incelendiğinde duygusal tükenmişlik düzeyinde bir birimlik artış Minnesota İş Doyum Ölçeği değerindeki 1,009 birimlik bir azalışa neden olacağı gözlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda "Akademisyenlerin duygusal tükenmişlik düzeyleri



Şekil 1. Baron ve Kenny (1986)'nin Aracı Değişken Modeli

Tablo 3. Akademisyenlerin algıladıkları mobbing düzeyleri ile duygusal tükenmişlik düzeyleri arasında yapılan regresyon analizi

Model	R	R^2	Düzeltilmiş R^2	Standart Hata
1	,630	,397	,390	5,897

Bağımsız değişken: AYMÖ (Akademisyenlerin alg. Mobing Düzeyi)

Anova

Model		Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P
1	Regresyon	2012,655	1	2012,655	57,883	0,001
	Hata	3059,845	88	34,771		
	Toplam	5072,500	89			

Bağımlı değişken: DTÖ (Duygusal Tükenmişlik Düzeyi), sd: Serbestlik derecesi

Model		Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayı	t	p
		B	Std. Hata	Beta		
1	Sabit	5,459	1,700		3,211	0,002
	AYMÖ	,212	,028	,630	7,608	0,001

ile iş doyumu düzeyleri arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişki vardır." şeklinde ifade edilen 2. Hipotezin doğrulandığı görülmektedir.

H3: Akademisyenlerin algıladıkları mobbing düzeyleri iş doyumu düzeyleri arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişki vardır (Tablo 5).

Tablo 5'de modelin açıklama katsayısı olan R2 değeri incelendiğinde, Minnesota İş Doyum Ölçeği değerleri değişimin %20'si akademisyenlerin algıladıkları mobbing düzeyi ile açıklanabildiği gözlenmiştir. Anova tablosu incelendiğinde kurulan modelin anlamlı olduğu görülmektedir (F=21,637; p=0,001). Tablo 5'in son bölümü incelendiğinde tahmin edilen regresyon katsayısı (B) incelendiğinde akademisyenlerin algıladıkları mobbing düzeyi değerindeki bir birimlik artışın, Minnesota İş Doyum Ölçeği değerlerinde 0,300 birimlik bir azalışa neden olacağı gözlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda "akademisyenlerin algıladıkları mobbing düzeyleri iş doyumu düzeyleri arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişki vardır." şeklinde ifade edilen 3. Hipotezin doğrulandığı görülmektedir.

H4: Akademisyenlerin algıladıkları mobbing duygusal tükenme aracılığıyla iş doyumlarını negatif yönde etkilemektedir. Yani akademisyenlerin algıladıkları mobbing ve iş doyumu ilişkisinde, duygusal tükenme aracı rol oynamaktadır (Tablo 6).

Tablo 6'da modelin açıklama katsayısı olan R2 değeri incelendiğinde, Minnesota İş Doyum Ölçeğindeki değişimin %28'i akademisyenlerin algıladıkları mobbing düzeyi ve duygusal tükenmişlik düzeyi değişkenleri ile açıklanabildiği gözlenmiştir. Anova tablosu incelendiğinde kuru-

Tablo 4. Akademisyenlerin duygusal tükenmişlik düzeyleri ile iş doyumu düzeyleri arasında yapılan regresyon analizi

Model	R	R^2	Düzeltilmiş R^2	Standart Hata
2	,503	,253	,245	13,163

Bağımsız değişken: DTÖ (Duygusal Tükenmişlik Düzeyi

Anova

Model		Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P
2	Regresyon	5167,945	1	5167,945	29,830	0,001
	Hata	15245,611	88	173,246		
	Toplam	20413,556	89			

Bağımlı değişken: MİDÖ (Minnesota İş Doyum Ölçeği), sd: Serbestlik derecesi

Model		Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayı	t	p
		B	Std. Hata	Beta		
2	Sabit	76,886	3,519		21,848	0,001
	DTÖ	-1,009	,185	-,503	-5,462	0,001

Tablo 5. Akademisyenlerin algıladıkları mobbing düzeyleri ile iş doyumu düzeyleri arasında yapılan regresyon analizi

Model	R	R^2	Düzeltilmiş R^2	Standart Hata
3	,444	,197	,188	13,645

Bağımsız değişken: AYMÖ (Akademisyenlerin alg. Mobing Düzeyi)

Anova

Model		Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P
3	Regresyon	4028,592	1	4028,592	21,637	0,001
	Hata	16384,964	88	186,193		
	Toplam	20413,556	89			

Bağımlı değişken: MİDÖ (Minnesota İş Doyum Ölçeği), sd: Serbestlik derecesi

Model		Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayı	t	p
		B	Std. Hata	Beta		
3	Sabit	76,257	3,935		19,381	0,001
	AYMÖ	-,300	,065	-,444	-4,652	0,001

lan modelin anlamlı olduğu görülmektedir (F=16,919; p=0,001). Tablo 6'nın son bölümü incelendiğinde tahmin edilen regresyon katsayıları (B) duygusal tükenmişlik değerindeki bir birimlik artışın Minnesota İş Doyum Ölçeği değerinde 0,143 birimlik bir azalış neden olacağı gözlenmiştir. Akademisyenlerin algıladıkları mobbing düzeyi modele katkısının anlamlı olmadığı gözlenmiştir (p=0,075). Bu durumda duygusal tükenmenin, algılanan mobbing ile iş doyumu arasında aracı değişken rolü üstlendiği söylenebilir. Bu sonuçlar doğrultusunda "Akademisyenlerin algıladıkları mobbing ve duygusal tükenme aracılığıyla iş doyumlarını negatif yönde etkilemektedir." şeklinde ifade edilen 4. Hipotezin de kabul edildiği görülmektedir.

TARTIŞMA

Bu çalışma bir devlet üniversitesinde görev yapan akademisyenlerin iş yerinde algıladıkları mobbing, tükenmişlik ve iş doyumu düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmada akademisyenlerin mobbing algılarının orta düzeyde (56,76±22,42) olduğu belirlenmiştir. Bu araştırma bulgusu benzer diğer araştırma bulgularını desteklemektedir (11,47). Bununla birlikte Türkiye'de akademik personel üzerinde yapılan çalışmalarda akademisyenlerin algıladıkları mobbing düzeyi ile ilgili farklı bulguların ortaya konduğu da görülmektedir. Örneğin 2015 yılında akademik personel üzerinde yapılan iki çalışmada da akademisyenlerin mobbing algı düzeyinin düşük olduğu saptamıştır (24,48). Dikmetaş ve arkadaşları (2011) 19 Mayıs Üniversitesi Araştırma ve Uygulama hastanesinde çalışan asistan hekimlerle yaptığı çalışmada ortalamanın altında mobbing algısının olduğunu ortaya koymuştur (49). Buna karşın Ayan (2011) Kocaeli, Sivas ve Gazi üniversitesindeki araştırma görevlileri ile yaptığı çalışmada mobbing algısının ortalamanın üzerinde olduğunu tespit etmiştir (50).

Bu araştırmada duygusal tükenme alt ölçeğinden en az 0, en fazla 36 puan alınabileceği düşünüldüğünde elde edilen sonucun ortalama bir değer (17,50±7,55) olduğu söylenebilir.

Tablo 6. Akademisyenlerin algıladıkları mobbing ve duygusal tükenme aracılığıyla ile iş doyumlarını arasında yapılan çoklu regresyon analizi

Model	R	R^2	Düzeltilmiş R^2	Standart Hata
1	,529	,280	,263	12,997

Bağımsız değişkenler: AYMÖ (Akademisyenlerin alg. Mobing Düzeyi), DTÖ (Duygusal Tükenmişlik Düzeyi)

Anova

Model		Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P
1	Regresyon	5716,366	2	2858,183	16,919	0,001
	Hata	14697,189	87	168,933		
	Toplam	5072,500	89			

Bağımlı değişken: MİDÖ (Minnesota İş Doyum Ölçeği), sd: Serbestlik derecesi

Model		Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayı	t	p
		B	Std. Hata	Beta		
1	Sabit	80,312	3,961		20,275	0,001
	AYMÖ	-,143	,079	-,211	-1,802	0,075
	DTÖ	-,743	,235	-,370	-3,161	0,002

Akademisyenlerin duygusal tükenme düzeylerine ilişkin sonuçlardan yola çıkılarak bu araştırma kapsamındaki akademisyenlerin duygusal tükenme düzeylerinin, daha önce Türkiye'de başka akademik personel, öğretmen örneklemi ve sağlık çalışanları üzerinde yapılan araştırma sonuçlarıyla benzer olduğu söylenebilir (51-54).

Araştırmada elde edilen diğer bulgu ise akademisyenlerin iş doyumlarının ortalamanın üzerinde (59,20±15,14) çıkmasıdır. Literatürde bu araştırma bulgusunu destekleyen çalışmaların yanı sıra farklı çalışma sonuçları da bulunmaktadır. Örneğin Öztürk ve Şahbudak (2017) çalışmasında Araştırma Görevlilerinin iş doyumu düzeylerini düşük bulmuşlardır (11). Buluş (2004) Pamukkale Üniversitesinde yaptığı araştırmada öğretim elemanlarının iş doyum düzeyinin genelde çok düşük olduğunu, en düşük doyumun çalışma koşullarından alındığını saptamıştır (55). Kurçer (2005) Harran Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışanların %53'ünün iş doyumunun düşük olduğu bulgusuna ulaşmıştır (56). Baş ve Ardıç (2002) Türkiye genelinde yaptıkları çalışmada genel olarak akademisyenlerin yüksek iş doyumuna sahip olduklarını ancak ücret ve iş güvenliği söz konusu olduğunda iş doyum düzeyinin düştüğünü ortaya koymuşlardır (57).

Bu araştırmada elde edilen sonuçlardan bir diğeri, akademisyenlerin algıladıkları mobbing'in duygusal tükenmeyle pozitif, iş dıyumu ile negatif ilişkisidir. Değişkenler arasında korelasyon değerleri incelendiğinde, her üç değişken arasında 0,01 düzeyinde anlamlı ilişkilerin olduğu görülmektedir. Algılanan mobbing ve duygusal tükenme arasındaki ilişki pozitif yönlü iken, algılanan mobbing ve duygusal tükenmenin iş doyumu ile ilişkisi negatif yönlüdür. Bu sonuç, iş yerinde psikolojik taciz (mobbing)'in tükenmişliğin ve duygusal tükenmenin temel belirleyicileri olarak kabul eden görüşle tutarlı bir sonuçtur (15,17). Bunun yanı sıra algılanan mobbing ve iş doyumu arasında negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgu; devlete ait kamu çalışanları üzerine yapılan bir araştırmada, işyerinde psikolojik tacize maruz kalan çalışanların, işyerinde psikolojik tacize maruz kalmayanlara göre; iş doyumu düzeylerinin düşük, iş stresi düzeylerinin yüksek, anksiyete ve depresyon puanlarının yüksek olduğu, iş çevresinin sağlık anlamında koruyucu bir etkiye sahip olduğu bulgusuyla paralellik göstermektedir (58). Yine öğretim elemanları ile gerçekleştirilen başka bir çalışmada, öğretim elemanlarının işyerinde psikolojik taciz ile iş doyumu düzeyleri arasında negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır (59).

Duygusal tükenmenin iş tatmini azalttığına ilişkin bulgu bu araştırmanın bir diğer sonucudur. Babakus ve arkadaşları (1999) örgütsel bağlılık ve iş tatmininin, duygusal tükenmenin en önemli sonuçları olduğunu belirtmektedir (60). Bu sonuç aynı zamanda Maslach ve Goldberg'in (1998) iş tatminini tükenmişliğin bir sonucu olarak gösteren Tükenmişlik Modelini de doğrulamaktadır (17). Yine bu araştırmadaki duygusal tükenmenin iş doyumu ile negatif yönlü ilişkisi, Naktiyok ve Kaygın (2012)'ın akademisyenler üzerinde yaptıkları araştırma sonucu ile benzerlik göstermektedir (61).

Bir devlet üniversitesinin akademik personeli üzerinde gerçekleştirilen ve mobbing (psikolojik taciz)'in iş doyumuna etkisinde duygusal tükenmenin etkisini belirlemeye çalışan bu araştırma sonucunda duygusal tükenmenin iş tatmini üzerinde negatif yönlü ve anlamlı etkiye sahip olduğu; algılanan mobbingin ise duygusal tükenme üzerinde pozitif yönlü ve anlamlı etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar akademisyenlerin algıladıkları mobbing ile iş doyumu arasında doğrudan bir ilişki olmakla birlikte duygusal tükenmenin aracılığı ile dolaylı bir ilişki olduğunu da göstermektedir. Başka bir ifade ile akademisyenler tarafından algılanan mobbingin akademisyenlerin iş doyumları üzerindeki etkisi duygusal tükenme üzerinden olmaktadır. Yapılan çoklu regresyon analizi sonuçları algılanan mobbingin iş doyumuna olan etkisinde duygusal tükenmenin aracı etkiye sahip olduğunu göstermiştir. Bu sonuç aynı zamanda, duygusal tükenmenin çeşitli değişkenler arasındaki kısmi aracı etkisini doğrulayan araştırma sonuçlarını da destekler niteliktedir (62-65).

Bu bulgulara göre akademisyenlerin iş doyumlarını arttırmak isteyen kurumların çalışanlarının mobbing algısı ve buna bağlı duygusal tükenme duygularını azaltacak ve iş doyumlarını arttıracak

faaliyetlerde daha fazla bulunması gerektiği ifade edilebilir. Çünkü mobbing ve duygusal tükenmenin yaşanmadığı kurumlarda çalışan akademisyenlerin çalıştıkları kurum ve öğrenciler için daha fazla özveride bulunacağı ve tüm potansiyellerini işlerine aktaracağı açıktır. Bu nedenle çalışanlarının iş doyumlarını arttıracak davranışları kurumların daha fazla sergilemesi yararlarına olacaktır. Bununla birlikte, bu çalışma yazında bir ilk olarak değerlendirilebilir. Çünkü akademisyenlerin algıladıkları mobbing ve iş doyumu arasındaki ilişki de duygusal tükenmenin aracı değişken olarak değerlendirildiği bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. Bu nedenle ulaştığımız bu bulgular literatür için önemli olarak görülebilir.

Bu açıklamaların dışında araştırmanın bazı kısıtları olduğu söylenebilir. Araştırmanın sadece bir devlet üniversitesinin akademik personeli ile sınırlı olması ve sonuçların diğer üniversitelerde çalışan öğretim elemanlarına genellenememesi, az sayıda akademisyenden geri dönüşün olması, araştırma konusunun psikolojik taciz (mobbing), iş doyumu ve duygusal tükenmişlik konularıyla sınırlı olması, araştırma verilerinin araştırmada kullanılan kişisel bilgi formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Minesota İş Doyumu Ölçeği'nden elde edilen verilerle sınırlı olması araştırmaın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Ayrıca akademisyenlerin iş doyumunu etkileyecek daha birçok faktör bulunmaktadır. Bu nedenle çalışmanın yalnızca üç değişken arasındaki ilişkiye odaklanması da bir kısıt olarak değerlendirilebilir. Bu nedenle ileride yapılacak araştırmalarda bu araştırmadaki modele ek olarak diğer değişkenlerin aracı etkisinin araştırılması, farklı ve daha geniş örneklemler üzerinde bu ilişkilerin değerlendirmesi önerilebilir.

Yazışma Adresi: Dr. Öğr. Üyesi, Bartın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Türkiye ayferozturk.83@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Dieter Z, Carmen K, Matthias K. On the relationship between mobbing factors, and job content, social work environment, and health outcomes. European Journal of Work and Organizational Psychology. 1996;5:215-237.

2. Atman Ü. İşyerinde psikolojik terör: Mobbing. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2012;3:157-174.

3. Niedl K. Mobbing and wellbeing: Economic and personnel development implications. European Journal of Work and Organizational Psychology 1996;5:239- 249.

4. Sloan LM, Matyók T, Schmitz CL, Lester GF. A Story to Tell: Bullying and mobbing in the workplace. International Journal of Business and Social Science 2010;1:87-97.

5. Çögenli Z. Üniversitelerde psikolojik şiddet (mobbing) maruziyeti ve akademik personel üzerine bir uygulama (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum, 2010.

6. Şenerkal R, Çorbacıoğlu S. Akademik personelin algıladığı psikolojik taciz davranışları ile iş performansı, psikolojik ve fizyolojik sağlık ilişkisi üzerine bir araştırma. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2015; 17:107-135.

7. Türeli NŞ, Dolmacı, N. İş yaşamında kadın çalışana yönelik ayrımcı bakış açısı ve mobbing üzerine ampirik bir çalışma. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi. 2013; 2:83-103.

8. Kayacı Ü. Akademik ortamlarda psikolojik şiddet (mobbing) ve yılmazlık. Journal of Turkish Educational Sciences. 2014; 12:67-78.

9. Torun E. üniversite (yüksek öğretim) ve mobbing. Adli Bilimciler Derneği, TOBB Etü Hukuk Fakültesi, Mobbingle Mücadele Sempozyumu'nda sunulan bildiri". http://www. stetuskop. com/showthread. php, 4384. 2011.

10. Karahan G. Mobbing problemi'nin akademik çalışanlar ve sosyal hayatları üzerindeki etkileri: sözleşme sorunu. Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2016.

11. Öztürk M, Şahbudak E. İş yerinde psikolojik taciz (mobbing) ve iş doyumu: Cumhuriyet Üniversitesindeki Araştırma Görevlileri üzerine bir çalışma. Sosyoloji Araştırmaları Dergisi. 2017; 20:200-228.

12. Maslach C, Schaufeli WB. Historical and Conceptual Development of Burnout, Schaufeli, Wilmar B., Christina Maslach ve T. Marek (eds.), Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research (Washington, D.C :Taylor & Francis): 1993:1-16.

13. Freudenberger HJ. Burnout the organizational menace. Training and Development Journal. 1977; 31:26-27.

14. Lee RT, Ashforth BE. On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. Journal of Applied Psychology. 1990; 75:743-747.

15. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annu Rev Psychol. 2001; 52:397-422.

16. Lee RT, Ashforth BE. A further examination of managerial burnout: toward an ıntegrated model. Journal of Organizational Behavior. 1993; 14:3-20.

17. Maslach C, Goldberg J. Prevention of burnout: New perspectives. Applied & Preventive Psychology. 1998; 7:63-74.

18. Cooper CL, Hoel H, Faragher B. Bullying is detrimental to health, but all bullying behaviours are not necessarily equally damaging. British Journal of Guidance & Counselling. 2004; 32:367-387.

19. Sart G, Sezgin FH, Demir N. Mobbingin mesleki tükenmişlik algısı üzerine etkileri: kadın akademisyenler örneği. Beykoz Akademi Dergisi. 2018; 6:118-135.

20. Ardıç K, Polatçı S. Tükenmişlik sendromu akademisyenler üzerinde bir uygulama (GOÜ örneği). Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2008; 10:69-96.

21. Ertürk E. Keçecioğlu T. Çalışanların iş doyumları ile mesleki tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkiler: öğretmenler üzerine örnek bir uygulama. Ege Akademik Bakış. 2012; 12:39-52.

22. Locke EA. The Nature and Causes of Job Satisfaction. Marvin D. Dunette (Eds.), Handbook of İndustrial and Organisational Psychology içinde 1976: 1297-1349, Chicago: Rand-McNally.

23. Ellis S. Dick P. Introduction to Organizational Behaviour. London: McGraw-Hill, 2003.

24. Şahbudak E, Öztürk M. İş yerinde psikolojik taciz: cumhuriyet üniversitesinde çalışan akademisyenler üzerine bir çalışma. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi 2015;3:146-160.

25. Bowling NA, Beehr TA.Workplace harassment from the victim's perspective: a theoretical model and meta-analysis. Journal of Applied Psychology 2006;91:998–1012.

26. Rodríguez-Muñoz A, Baillien E, De Witte H, Moreno-Jiménez B, Pastor JC. crosslagged relationships between workplace bullying, job satisfaction and engagement: two longitudinal studies. Work & Stress 2009; 23:225–243.

27. Karcıoğlu F, Akbaş S. İş yerinde psikolojik şiddet ve iş tatmini. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2010; 24:139-161

28. Özyurt A. Hayran O, Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. QJM. 2006;99:161- 169.

29. Barrick R. Burnout and job satisfaction of vocational supervisor. The Ohio State University Journal of Agricultural Education 1989:1-7.

30. Piko B. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychological health among hungarian health care staff: A questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies. 2006; 43:311-318.

31. Taşlıyan M, Hırlak B, Çiftçi GE. Akademisyenlerin duygusal zekâ, iş tatmini ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki. İşletme Araştırmaları Dergisi, 2014; 6:63-80.

32. Hock RR. Professional bumout among public school teachers. Publie Personnel Management. 1988; 17:167-187.

33. Weiskopf PE. Bumout among teachers of exceptional children. Exeeptional Children. 1980; 47:18-23.

34. Leiter MP, Maslach C. Six areas of worklife: A model of the organizational context of burnout. JHHSA. 1999: 472-489.

35. Siegall M, Tracy McDonald T. Person-organization value congruence, burnout and diversion of resources. Personnel Review. 2004; 33:291-301.

36. Halbesleben JRB, Buckley MR. Burnout in organizational life. Journal of Management. 2004;30:859–879.

37. Leiter MP, Maslach C. A Mediation Model of Job Burnout, Antoniou, Alexander-Stamatios G. ve Cary L. Cooper (eds.), Research Companion to Organizational Health Psychology (UK: Edward Elgar Publishing limited) 2005:544-564.

38. Spence Laschinger HK, Leiter MP. The ımpact of nursing work environments on patient safety outcomes the mediating role of burnout/engagement. The Journal of Nursing Administration. 2006; 36:259-267.

39. Leiter MP, Maslach C. Nurse turnover: the mediating role of burnout. Journal of Nursing Management. 2009; 17:331–339.

40. Singh J, Goolsby JR, ve Gary KR.Behavioral and Psychological Consequences of Boundary Spanning Burnout for Customer Service Representatives. Journal of Marketing Research. 1994; 31:558-569.

41. Çögenli MZ, Asunakutlu T. Akademisyenlere Yönelik Mobbing Ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması. Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2014;7:92-105.

42. Weiss DJ, Dawıs RW, England G.W, Lofquist LH.Manual for the Minnesota Satisfaction Quesitionnaire. 1967 [Erişim Adresi] <http://www.psych.umn.edu/psylabs/vpr/pdf_files/Monograph%20XXII%20%20Manual%20for%20the%20MN%20Satisfaction%20Questionnaire.pdf>, [Erişim Tarihi: 05.05.2008].

43. Baycan FA. Farklı gruplarda çalışan gruplarda iş doyumunun bazı yönlerinin analizi. Boğaziçi Üniversitesi, Bilim Uzmanlığı Tezi, 1985, İstanbul.

44. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behaviour. 1981; 2:99-113.

45. Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin uyarlanması. Bayraktar, R. ve Dağ, İ. (Ed.) 7. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları. 1992: 143-154.

46. Baron RM, David AK. The Moderator-Mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. Journal of Personality and Social Psychology. 1986;51:1173-1182.

47. Softa HK, Bükecik E, Çolak A, Göçer D. Akademisyenlerin mobbing durumlarının incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2016; 32:34-47.

48. Cavyarlı PE, Şahin, S. Akademisyen Algılarına Göre Üniversitelerde Psikolojik Yıldırma: Dokuz Eylül Üniversitesi Örneği. Yükseköğretim Dergisi, 2015 Doi:10.2399/yod.15.003

49. Dikmetaş E, Top T, Ergin G. Asistan hekimlerin tükenmişlik ve mobbing düzeylerinin incelenmesi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2011; 22:1- 15.

50. Ayan S. Üniversite araştırma görevlilerine yönelik psikolojik taciz: Gazi, Kocaeli ve Cumhuriyet Üniversitesi Örneği. Akademik Bakış Dergisi. 2011; 27:1-18.

51. Serinkan C, Bardakçı A. Pamukkale Üniversitesi'ndeki akademik personelin iş tatminleri ve tükenmişlik düzeylerine ilişkin bir araştırma. Sosyal Bilimler Dergisi 2009; 21:115-132.

52. Gündüz B. İlköğretim öğretmenlerinde tükenmişlik. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2005;1:152-166.

53. Yürür S, Keser A. İşe bağlı gerginlik ile iş tatmini ilişkisinde duygusal tükenmenin aracı rolü. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi. 2010:166-193.

54. Yavuzyılmaz A, Topbaş M, Çan E, Çan G, Özgün Ş. Trabzon il merkezindeki sağlık ocakları çalışanlarında tükenmişlik sendromu ile iş doyum düzeyleri ve ilişkili faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007; 6:41-50.

55. Buluş M. Pamukkale Üniversitesi öğretim elemanlarında akademik ortam doyum düzeyi. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2004; 16:1-7.

56. Kurçer MA. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi hekimlerinin iş doyumu ve tükenmişlik düzeyleri. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2005; 2:10-5.

57. Baş T, Ardıç K. A Comparision of job satisfaction between public and private university academicians in Turkey. METU Studies in Development. 2002; 29: 27-46.

58. Bilgel N, Aytaç S, Bayram N. Bullying in Turkish white- collar workers. Occupational Medicine. 2006; 56:226–231.

59. Çivilidağ A. Üniversitelerdeki öğretim Elemanlarının psikolojik taciz (mobbing), iş doyumu ve algılanan sosyal destek düzeyleri. Selçuk Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Konya, 2011.

60. Babakus E, Cravens DW, Johnston M, Moncrief WC. The role of emotional exhaustion in sales force attitude and behavior relationship. Journal of the Academy of Marketing Science. 1999; 27:58-70.

61. Naktiyok A, Kaygın E. Tükenmişlik ve iş tatmini düzeylerini belirlemeye yönelik akademik personel üzerinde bir uygulama. Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi. 2012;4:23-32.

62. Leiter MP, Maslach C. The ımpact of ınterpersonal environment on burnout and organizational commitment. Journal of Organizational Behavior. 1988; 9:297-308.

63. Cole MS, Bernerth JB, Walter F, Holt DT. Organizational justice and ındividuals' withdrawal: Unlocking the ınfluence of emotional exhaustion. Journal of Management Studies. 2010; 47:367-390.

64. Aryee S, Sun LY, Chen G, Xiong Z, Yaw DA. Abusive supervision and contextual performance: The mediating role of emotional exhaustion and the moderating role of work unit structure. Management and Organization Review. 2008;4:393-411.

65. Knudsen HK, Ducharme LJ, Roman PM. Turnover Intention and Emotional Exhaustion 'at the top': Adapting the Job Demands-Resources Model to Leaders of Addiction Treatment Organizations. Journal of Occupational Health Psychology. 2009;14:84-95.

Ergen yaş grubunda aleksitimi ve sürekli kaygı düzeyi ilişkisinde düşünce eylem kaynaşmasının aracı rolünün incelenmesi

Investigating the mediating role of thought-action fusion in the relationship between alexithymia and trait anxiety levels in an adolescent population

Mesut Yavuz[1], Burak Akdeniz[2], Armağan Akyol[2], Hicran Çağla Kurt[2], Cemile Bilgis[2], Aslı Çolak[2], Doğukan Akbay[2], Beyza Ekiz[2], Muhammed Tayyib Kadak[3]

[1]Uzm. Dr., Fransız Lape Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul Aydın Üniversitesi Psikoloji Bölümü, Türkiye https://orcid.org/0000-0002-8957-6510

[2]Psk., İstanbul Aydın Üniversitesi Psikoloji Bölümü, Türkiye https://orcid.org/0000-0002-5113-3191-https://orcid.org/0000-0001-9786-2077-https://orcid.org/0000-0002-8588-3302-https://orcid.org/0000-0002-6835-4003-https://orcid.org/0000-0003-0879-8611-https://orcid.org/0000-0002-0173-7747-https://orcid.org/0000-0002-8383-4398

[3]Doç.Dr., İstanbul Cerrahpaşa Üniversitesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Türkiyehttps://orcid.org/0000-0003-0016-311X

ÖZET

Amaç: Ergenlerde aleksitimi kişilik özelliği ile kaygı düzeyi arasındaki ilişkide, düşünce eylem kaynaşmasının (DEK) aracı etkisini incelemektir. **Yöntem:** İstanbul ilinde 11-17 yaş aralığında 985 ergen (%55.2 kız, s=544; %44.8 erkek, s=441) çalışmaya dahil edilmiştir. Sosyodemografik bilgi formu, 20 soruluk Toronto aleksitimi ölçeği (TAÖ-20), çocuklar için düşünce eylem kaynaşması ölçeği (DEK-Ç) ve çocuklar için sürekli kaygı envanteri (SKE-Ç) uygulanmıştır. Cinsiyetler arası ölçek puanları bağımsız örneklem t testi ile karşılaştırılmıştır. Ölçekler arası korelasyonlar Pearson momentler çarpımı korelasyon testi ile analiz edilmiştir. DEK-Ç puanlarının, aleksitimi ile kaygı düzeyi arasındaki etkisi mediasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Modele cinsiyet ile yaş kontrol değişkenleri olarak eklenmiştir. **Bulgular:** Kız cinsiyette TAÖ-20 ve SKE-Ç toplam puanları, erkek katılımcılara oranla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. TAÖ-20 toplam puanları, SKE-Ç puanları ile pozitif yönde güçlü korelasyon göstermektedir. TAÖ-20 ile DEK-Ç puanları arasında ve DEK-Ç ile SKE-R puanları arasında zayıf düzey korelasyon bulunmaktadır. Mediasyon analizine göre, aleksitimi düzeyi direkt olarak yüksek kaygı düzeyi ile ilişkilidir. DEK, aleksitimi ile kaygı arasında istatistiksel anlamlı olarak aracı etkiye sahiptir. **Sonuç:** Ergen yaş grubunda aleksitimi kişilik özellikleri, kaygı düzeyini arttırabilmektedir. DEK, aleksitimi ve kaygı sorunları arasındaki ilişkide aracı rol oynamaktadır. Aleksitimi kişilik özelliğine sahip ergenlerde, DEK'e yönelik terapötik müdahale yöntemlerinin uygulanması, kaygı sorunlarının azaltılmasında faydalı olabilir.

Anahtar Sözcükler: Aleksitimi, kaygı, düşünce-eylem kaynaşması, ergen

SUMMARY

Objective: To investigate the mediation effect of thought action fusion (TAF) in the relationship between the alexithymia and trait anxiety levels. **Method:** 985 adolescents (%55.2 female, n=544, %44.8 male, n=441) between the ages of 11-17 were included in this study. The socio-demographic questionnaire, 20 item Toronto alexithymia scale (TAS-20), thought action fusion inventory for children (TAFIC) and trait anxiety inventory for children (TAI-C) were used. In terms of gender, the mean scores of the scales were compared by independent sample t test. The correlations between the scales were analyzed by Pearson product moment correlation analysis. The mediation effect of TAFIC scores on the relationship between the alexithymia and trait anxiety levels were tested by mediation analyis. The gender and age variables were included in the model as covariants. **Results:** The mean scores of TAS-20 and TAI-C were higher in females than males, significantly. There were strong correlations between TAS-20 total scores and TAI-C scores. There were weak correlations between TAS-20 and TAFIC total scores; and TAFIC total and TAI-C scores. The mediation analysis indicated that alexithymia levels are directly associated with high anxiety levels. TAF has mediation effect on the relationship between the alexithymia and anxiety levels. **Discussion:** The alexithymia personality traits may improve anxiety levels in adolescent population, and TAF plays a mediator role in this relationship. It is suggested that, using associated therapeutic interventions focusing on TAF problems may improve the anxiety problems in adolescents presenting with alexithymia personality traits.

Key Words: Alexithymia, anxiety, thought-action fusion, adolescent

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2020;23:326-332)

DOI: 10.5505/kpd.2020.83435

Makalenin geliş tarihi: 31.08.2019, Yayına kabul tarihi: 12.12.2019

GİRİŞ

Düşünce eylem kaynaşması (DEK), düşüncelerin ve eylemlerin ayrıştırılmasında zorlukla karakterize, büyüsel düşünce tarzı olarak tanımlanmaktadır. DEK sorunlarının varlığında bir eylemin veya olayın düşünülmesi, onun gerçekleşmesi anlamına gelebilmektedir (1). Erken dönemde birey ile çevre arasında ayırım henüz net değildir. Bilişsel ve algısal gelişim ile birlikte, bireyin ruhsal ve bedensel sınırları ile çevre arasında sınırlar çizilmektedir (2). Ahlaki baskıların yoğun olduğu ve suçluluk hissinin tetiklenmesinin kolay olduğu çevrede veya okulda yetişmenin; buna ek olarak bir düşünce ile ilişkili olumsuz bir olayın tesadüfi olarak aynı anda gerçekleşmesinin DEK gelişim riskini arttıracağı öne sürülmüştür (3). DEK'in ahlak ve olabilirlik olarak iki türü tanımlanmıştır. DEK ahlak, kabul edilemez bir durumu veya olayı düşünmenin, en az uygulamak kadar kötü olduğu inancıdır (4). DEK olabilirlik ise, kabul edilmesi zor bir düşünceye sahip olmanın, bu düşünce ile ilişkili olayın gerçekleşmesi olasılığını arttıracağı inancını tanımlamaktadır (5). DEK'nın durumsal (state) veya süreklilik gösteren (trait) bir özellik mi olduğu incelenmektedir. DEK'nın duygudurum ve dış etmenler ile etkilenebileceği ve terapötik müdahaleler ile iyileştirilebileceği düşünülmektedir (3).

DEK, yüksek kaygı düzeyi ve obsesif kompulsif belirtilerin oluşum riskini arttıran sorumluluk hissi ile ilişkilidir (1,6). DEK'in üst bilişsel sorunlara benzer bir mekanizma ile kaygı düzeyini arttırabileceği öne sürülmüştür. Sağlık kaygısında "eğer sağlığımla ilgili endişelenirsem, hasta olmaktan korunurum" olumlu üst bilişsel sorun veya panik bozuklukta görülebilecek " aklıma kalp krizi geçirebileceğim düşüncesi geldi, şimdi bu düşünce ile başa çıkamayacağım ve felaket olacak" olumsuz üst bilişsel sorun olarak kaygı düzeyini arttırıcı olarak etki edebilir. Bununla birlikte bu iki üst biliş sorununda da, düşüncelerin ortaya çıkabilecek sonucu etkileyebileceğine dair büyüsel bir düşünce alt yapısı da dikkate alındığında, DEK ile üst biliş sorunlarının, yüksek kaygı düzeyinin ortaya çıkışında yakın ilişki içinde oldukları düşünülmektedir (3).

Obsesif kompulsif bozukluk ve kaygı bozukluğu ile ilişkilendirilen diğer bir ruhsal tablo aleksitimi kişilik özelliğidir (7,8). Aleksitimi, bireyin duygularını tanıma ve ifade etmede güçlük yaşaması ile karakterize bir kişilik özelliğidir. Aleksitimide ek olarak, aşırı dışa dönük düşünce özellikleri, hayal kurmada kısıtlılık ve empatik düşünmede beceri eksikliği görülebilmektedir (9). Bu kısıtlılıklar nedeni ile aleksitimi kişilik özelliğine sahip ergenler, sağlıklı arkadaş ilişkileri geliştirme ve sosyal etkileşime girmekte sorun yaşayabilmektedirler (10). Sosyal işlevsellikte azalma ve izolasyon değersizlik hislerini arttırabilmekte, benlik saygısını düşürebilmekte ve kaygı düzeyini yükseltebilmektedir (11,12,13). Türkiye'de İstanbul ilinde yapılan bir araştırmada 14-17 yaş ergenlerde aleksitimi kişilik özelliklerinin görülme sıklığı %19 olarak bildirilmiştir (14).

Yazın incelendiğinde aleksitimi kişilik özelliğinin yüksek kaygı düzeyi ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (8). DEK sorunlarının da kaygı bozukluklarının gelişiminde etkili olduğu belirtilmektedir (3). Yüksek kaygı düzeyi ve ilişkili ruhsal bozukluklar da, arkadaş ilişkilerinde ve sosyal işlevsellikte azalma (15), okul devamsızlığı (16), somatoform bozukluklar (17), uyku bozuklukları (18), düşük benlik saygısı (19,20) vb. psikososyal sorunların görülme sıklığını arttırabilmektedir. Bilgilerimize göre, aleksitimi kişilik özelliğinin kaygı düzeyi ile ilişkisinde DEK sorunlarının etkisi araştırılmamıştır. Bu bilgiler ışığında çalışmamızda, ergen yaş grubunda, aleksitimi kişilik özelliğinin kaygı sorunları ile ilişkisi ve bu ilişki üzerinde DEK'in aracı etkisi incelenecektir.

YÖNTEM

Katılımcılar ve Prosedür

Çalışmada yazında ergen yaş grubunda konu ile ilgili üst biliş ve depresif belirtiler üzerinde yapılan az sayıda araştırma dikkate alınarak, geniş bir örneklem sayısı olarak 1000'in üzerinde katılımcıya ulaşılması hedeflenmiştir. Hedeflenen katılımcı sayısı tespit edildikten sonra, İstanbul'un farklı sosyoekonomik düzeye sahip okulların çalışmaya dahil edilmesi için İl Milli Eğitim Müdürlüğü ve

ilgili okul müdürlükleri ile irtibata geçilmiş ve ilgili okullar belirlenmiştir. Avrupa yakasından iki ve Anadolu yakasından bir olmak üzere üçü devlet okulu ile Avrupa yakasından bir özel okulda öğretim gören 11-17 yaş aralığındaki 985 ergen ile yürütülmüştür. İlgili rehberlik birimleri ile irtibata geçilerek, devlet okullarından 300'er, özel okuldan ise 100 öğrenci rehberlik derslerinin olduğu gün rastgele seçilerek çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcıların % 44.8 kadarı erkek (s=544, yaş ortalaması,13.82±1.61), yüzde 55.2 kızdır (s=441, yaş ortalaması,14.18±0.69). İlk olarak 1000 ergene ulaşılmış buna karşın 15 katılımcıdan sağlıklı veri toplanamamıştır. Rehberlik birimlerinden alınan bilgi uyarınca yaygın gelişimsel bozukluk, özel öğrenme güçlüğü, mental retardasyon, görsel veya işitsel algı bozuklukları bulunan ergenler ölçek doldurma için davet edilmemiş ve çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışma öncesinde İstanbul Aydın Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Daha sonra İstanbul Milli Eğitim Müdürlüğü ile irtibata geçilmiş, çalışmanın amacı ve hedeflenen denek sayısı uyarınca belirlenen okul müdürlüklerinden izin alınmıştır. Çalışmanın amacı katılımcılar ve ailelerine açıklanmış, daha sonra yazılı onamları alınmıştır. Katılımcılara ölçekleri doldurmaları için 45 dakika süre verilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Toronto aleksitimi ölçeği (TAÖ-20): Bagby ve arkadaşları (21) tarafından geliştirilen TAÖ-20'nin duyguları tanımada güçlük (Faktör 1), duyguları ifade etmekte güçlük (Faktör 2) ve dışa dönük düşünce olarak (Faktör 3) üç alt boyutu bulunmaktadır. 20 sorudan oluşan ölçek, beşli likert tipi derecelendirilmiştir. Ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar sırası ile 0 ve 100 dür. TAÖ-20'den alınan puanın >58 olması aleksitimi tanısını işaret etmektedir. Türkçe TAÖ-20'nin geçerli ve güvenilir olduğu Güleç ve arkadaşları (22) tarafından gösterilmiştir. Ölçeğin Türkiye ergen örneklem grubunda geçerli olduğu Bolat ve arkadaşları (23) tarafından bildirilmiştir ve Cronbach alfa değeri 0.78 olarak saptanmıştır.

Çocuklar için düşünce eylem kaynaşması ölçeği (DEK-Ç): 19 soruluk, doğru yanlış olarak cevaplanan bir ölçüm aracıdır. Ölçek ile düşünce eylem kaynaşmasında görülebilen olabilirlik-diğer insanlar olumlu olaylar, olabilirlik-diğer insanlar olumsuz olaylar, olabilirlik-kendilik ve zarardan kaçınma değerlendirilmektedir. Ölçeğin orijinal geçerlik güvenirlik çalışması Evans ve arkadaşları (2011) tarafından yapılmıştır. Türkçe ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışması ise Tarakçıoğlu ve arkadaşları (24) tarafından gerçekleştirilmiştir.

Çocuklar için sürekli kaygı envanteri (SKE-Ç): Bu araştırmada Spielberger ve arkadaşları (25) tarafından geliştirilen durumluk sürekli kaygı envanterinin, çocuklar için sürekli kaygı envanteri (SKE-Ç) kullanılmıştır. Sürekli kaygı, bireyin uzun süreli kaygı durumunu ölçmektedir. 20 sorudan oluşan SKE-Ç, 0, 1, 2 olarak puanlanan üçlü likert tipi derecelendirmeye sahip bir ölçektir. Yüksek puanlar, artmış kaygı sevisine işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Özusta (26) tarafından yapılmış ve Cronbach alfa değeri 0.81 olarak bulunmuştur.

İstatistiksel Analiz

Veriler, SPSS versiyon 21 istatistik programı ile analiz edilmiştir (IBM, Chicago, IL). Verilerin normal dağılıp dağılmadığını belirlemek için basıklık ve çarpıklık değerleri hesaplanmıştır ve değerlerin ± 1.5 aralığında bulunması üzerine verilerin normal dağıldığı varsayılmıştır (27). Değişkenlerin sıklık ve ortalama değerleri hesaplanmıştır. Kız ve erkek katılımcıların ölçek ortalamaları bağımsız örneklem t testi ile karşılaştırılmıştır. Aleksitimi düzeylerinin, sürekli kaygı puanlarına doğrudan etkisi ve DEK düzeylerinin bu ilişkide aracı rolü SPSS Process programında mediasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Baron ve Kenny (28) kriterleri göz önüne alındığında Pearson korelasyon katsayılarının değişkenlerin modele uygun olduğu görülmektedir. Mediasyon analizine cinsiyet ve yaş değişkenleri kontrol değişkenleri olarak dahil edilmiştir. Aracı değişkenin anlamlı olup olmadığının incelenmesi için Bootstrap yöntemi kullanılmıştır. Bootstrap analizi 5000 örnekleme üzerinden gerçekleştirilmiştir. Bootstrap yönteminin bir sağlaması olarak Sobel testi sonuçları da incelenmiştir.

BULGULAR

Kız katılımcıların TAÖ-20 (p=0.003) ve SKE-Ç (p<0.001) puanları erkek katılımcılara oranla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. DEK-Ç puanları açısından ise cinsiyetler arası fark saptanmamıştır (p≥0.05). Kız ve erkek katılımcıların TAÖ-20 toplam ve alt ölçek puanları ile, SKE-Ç ve DEK-Ç puan ortalamaları, standart sapmaları ve istatistiksel karşılaştırmaları Tablo 1'de sunulmuştur.

Korelasyon katsayıları incelendiğinde, TAÖ-20 ile SKE-Ç puanları arasında pozitif yönde güçlü bir korelasyon (r=.626, p<0.001) görülmüştür. TAÖ-20 ile DEK-Ç (r=.190, p<0.001) ve DEK-Ç ile SKE-Ç (r=.165, p<0.001) puanları arasında ise pozitif yönde zayıf bir korelasyon bulunmaktadır.

Aracı değişken analizinin başlangıcında, normal dağılım (Tüm değişkenler için; -3.29<Z<3.29), çoklu normal dağılım (Mahalanobis Uzaklığı<10.597), değişkenliğin doğrusallığı (p<.05), çoklu doğrusallık (r<.70; Tolerance>.2; VIF<10), otokorelasyon (1.5 < Durbin Watson < 2.5) ve artıkların normal dağılımı varsayımları test edilmiştir ve varsayımların sağlandığı gözlenmiştir. Birinci aşamada, TAÖ-20 puanlarının, SKE-Ç'yi anlamlı bir şekilde yordadığı görülmüştür (F(2,974)=351.7105, p<0.001, R2=.4193, b=0.4851, SH=0.0185.) İkinci aşamada, TAÖ-20 puanlarının, DEK'i anlamlı bir şekilde yordadığı görülmüştür (F(2,974)=85.6477, p<0.001, R2=0.1496, b=0.0748, SH=0.0126). Üçüncü aşamada, TAÖ-20 ve DEK puanlarının birlikte, SKE-Ç'yi anlamlı bir şekilde yordadığı görülmüştür F(3,973)=241.4887, p<0.001, R2=0.4268). (Tablo 3). Aracı değişkenin etkisinin anlamlı olup olmadığını incelemek için yapılan Bootstrap sonuçları, aracılık etkisinin anlamlı olduğunu göstermektedir (BootLLCI=0.0053, BootULCI=0.0227). Sobel testi sonuçları da aracılık etkisinin anlamlı olduğunu işaret etmektedir (Z=3.0195, p<0.001).

TARTIŞMA

Bu araştırmada İstanbul'da 985 ergen üzerinde, aleksitiminin kaygı düzeyi üzerine etkisi, ek olarak DEK'in bu ilişki üzerindeki aracı rolü incelenmiştir. Aleksitiminin, ergenlerde yüksek kaygı düzeyi ile ilişkisi olduğu, DEK düzeyi yüksekliğinin ise bu ilişki üzerinde pozitif yönde aracı rolü olduğu görülmüştür.

Aleksitimi, bireyin duyguları tanımasını, uygun şekilde ifade etmesini kısıtlayan, empatik düşünme becerisinin de zayıf olduğu bir kişilik özelliğidir (29). Aleksitimi kişilik özelliğine sahip ergenler, bu kısıtlılıklar nedeni ile uygun arkadaş ilişkileri geliştirmekte ve sosyal aktivitelere katılımda önemli sorunlar yaşayabilmektedirler (30). Ergenlik döneminde arkadaş grupları ile sağlıklı ilişkilerin benlik saygısı gelişiminde önemli olduğu dikkate alındığında (31), aleksitimi kişilik özelliğine sahip ergenlerin sosyal alanda yetersizlikleri nedeni ile sosyal kaygılarının artması beklenebilir. Ek olarak, aleksitimide duyguları uygun şekilde tanımlama ve ifade etmede zorluk, stresli yaşam olaylarından sonra duygu düzenleme sorunlarına yol açabilir (32). Duygu düzenleme sorunları aleksitimi kişilik özelliğine sahip ergenlerde stresli yaşam olaylarından sonra ortaya çıkan kaygının uzamasına ve şiddetinin yüksek düzeyde kalmasına sebep olabilir. Bu bilgilere ek olarak, aleksitimi kişilik özelliğine sahip ergenlerin, sosyal izolasyonları nedeni ile akran zorbalığına maruz kalma ve olumsuz ruhsal sonuçlar açısından artmış

Tablo 1. Kız ve erkek katılımcıların ölçek puan ortalamalarının istatistiksel karşılaştırılması

	Kız(n=552) Ort.(SS)	Erkek(n=448) Ort. (SS)	t	P
SKE-Ç	38.67 (7.38)	34.31 (7.12)	9.44	<0.001
DEK-Ç	3.71 (4.20)	3.77 (4.45)	-.21	0.829
TAÖ20-F1	17.11 (6.23)	14.81 (5.71)	6.01	<0.001
TAÖ20-F2	13.56 (4.01)	12.67 (3.87)	3.52	<0.001
TAÖ20-F3	20.78 (3.99)	22.09 (4.01)	-5.16	<0.001
TAÖ20-T	51.45 (10.30)	49.58 (9.63)	2.93	0.003

Bağımsız örneklem t testi, Ort:Ortalama, SS: Standart sapma, SKE-Ç: Çocuklar için sürekli kaygı envanteri, DEK-Ç: Çocuklar için düşünce kaynaşması ölçeği, TAÖ-20: 20 soruluk Toronto aleksitimi ölçeği, F:Faktör

Tablo 2. TAÖ-20, SKE-Ç ve DEK-Ç ölçeklerinin korelasyon analizi

	SKE-Ç	DEK-Ç	TAÖ20-F1	TAÖ20-F2	TAÖ20-F3	TAÖ20-T
SKE-Ç	-					
DEK-Ç	.165**	-				
TAÖ20-F1	.658**	.227**	-			
TAÖ20-F2	.596**	.141**	.631**	-		
TAÖ20-F3	-.020	-.008	-.024	.079*	-	
TAÖ20-T	.626**	.190**	.846**	.808**	.419**	-

Pearson momentler çarpımı korelasyon testi, SKE-Ç: Çocuklar için sürekli kaygı envanteri, DEK-Ç: Çocuklar için düşünce kaynaşması ölçeği, TAÖ-20: 20 soruluk Toronto aleksitimi ölçeği, F:Faktör
*p<0.05, **p<0.001

riske sahip olduğu bildirilmiştir (33). Akran zorbalığına maruz kalmanın da kaygı düzeyini arttırıcı etkisi (34,35,36), bu çalışmada bulunan aleksitimi ve kaygı düzeyi arasındaki anlamlı ilişkinin anlaşılmasına katkıda bulunabilir.

DEK'in aleksitimi ve kaygı düzeyi arasındaki ilişki üzerinde aracı etkisine bakıldığında, DEK sorunlarının ergenlerde aleksitimi ile kaygı düzeyi üzerinde aracı rol üstlendiği görülmüştür. DEK, düşüncelerin eyleme geçme ile eşdeğer olduğuna veya sadece düşünmenin dahi gerçek olaylar ile sonuçlanma olasılığını arttıracağına ilişkin bilişsel sistem ve inançları tanımlamaktadır (37). Bireyin aklına olumsuz düşünceler geldiği zaman, kendisinin ve çevresindekilerin, kaza, hastalık vb. olumsuz yaşam olaylarını yaşama olasılığının arttığı düşünmesi artmış sorumluluk hissi ile ilişkilidir (38) ve bu durum kaygı düzeyini yükseltebilecektir. Çalışmamızın sonuçları ile uyumlu şekilde, DEK ile kaygı bozukluklarının ergen popülasyonda sık olarak birliktelik gösterdiği bildirilmiştir (39). Mevcut çalışmanın sonuçları dikkate alındığında, aleksitimi ile kaygı arasındaki ilişkide, yüksek DEK düzeyinin etkisinin de dikkate alınmasının önemli olduğu kanaatine varılmıştır. DEK olabilirlik boyutu, endişeli düşüncelerin olumsuz olaylara yol açabileceğine dair beklenti ve inançları işaret etmektedir. Yüksek düzey DEK olabilirlik bilişsel yapısına sahip bir bireye göre örnek olarak, kalp krizine dair bir düşüncenin akla gelmesi atağı tetikleyebilir, sosyal olarak reddedileceğine dair düşüncelerin akla gelmesi ise sosyal dışlanmayı arttırabilir. Bu süreçle birlikte yüksek DEK olabilirlik düzeyi düşüncelerin bastırılması ve kaçınma ile sonuçlanarak kaygı bozukluklarına yol açabilecektir (3). DEK ahlak boyutu, akla gelen cinsel ve saldırgan düşüncelerin, ahlaki açıdan sorunlu bir eyleme dönüşebileceği ile ilişkilidir ve de yüksek kaygı düzeyi ve depresif belirtiler ile ilişkili olabileceği bildirilmektedir (3). Ergen yaş grubunun cinsel ve dürtüsel gelişim özellikleri dikkate alındığında, bireyin yoğun suçluluk ve kendini suçlama (3) nedeni ile düşüncelerini ve eylemlerini kontrol etme kaygısını yoğun olarak yaşayabileceği düşünülebilir ve bu durum çalışmamızın DEK'in yüksek kaygı düzeyi oluşumuna aracı etkisine dair bulgularını açıklayabilir. Muris ve arkadaşları, 427 ergen katılımcı ile çalışmış ve yüksek DEK düzeyini kaygı bozuklukları ile ilişkili bildirmişlerdir (39). Evans ve arkadaşları ise, 7-14 yaş arası 356 çocuk ve ergen ile yaptıkları araştırma sonucu, DEK ile patolojik kaygı arasında ilişki saptamışlardır (1). Bu araştırmaların ve mevcut çalışmanın sonuçları benzerlik göstermektedir.

Çalışmamız kısıtlılıkları ile birlikte

Tablo 3. Aleksitimi ve sürekli kaygı ilişkisinde, düşünce eylem kaynaşmasının aracı rolüne dair mediasyon analizi sonuçları

	B	SH	t
İlk Aşama			
TAÖ-20 --> SKE-Ç	.4851	.0185	26,2843*
R^2=.4193; F(2,974)=351.7105*			
İkinci Aşama			
TAÖ-20--> DEK-Ç	.0748	.0126	5,9419*
R^2=.1496, F(2,974)=85.6477*			
Üçüncü Aşama			
DEK-Ç --> SKE-Ç	.1660	.0467	3.5552*
TAÖ-20--> SKE-Ç	.4727	.0187	25.3094*
R^2=.4268, F(3,973)=241.4887*			

*p<0.001; SKE-Ç: Çocuklar için sürekli kaygı envanteri, DEK-Ç: Çocuklar için düşünce kaynaşması ölçeği, TAÖ-20: 20 soruluk Toronto aleksitimi ölçeği, kontrol değişkenleri: yaş ve cinsiyet, Sobel Z=3.0195

değerlendirilmelidir. Çalışmanın kesitsel niteliği nedensellik hakkında çıkarım yapılmasını engellemektedir. Ek olarak çalışma İstanbul Avrupa yakasındaki okullarda yürütülmüştür. Aleksitimi ve yüksek kaygı sorunlarında sosyal ve kültürel etkilerin önemli olduğu düşünüldüğünde (40,41), farklı bölgelerde yapılacak araştırmalar bilgilerimize katkıda bulunabilir. Çalışmanın denek grubunu 12-17 yaş arası ergenler oluşturmaktadır ve bu durum sonuçların farklı yaş gruplarına genellenmesini kısıtlamaktadır.

Bununla birlikte, bilgilerimize göre ulusal ve uluslararası yazında aleksitimi, kaygı ve DEK düzeyinin aracı rolü üzerinde yapılan ilk araştırma olması ve görece iyi denek sayısı ile çalışılması, araştırmamızın güçlü yönünü oluşturmaktadır.

SONUÇ

Bu sonuçlar, aleksitimi kişilik özelliklerine sahip ergenlerin yüksek kaygı düzeyi ile ruh sağlığı kliniklerine başvurduklarında, düşüncelerinin ve bu düşünceler ile gerçek yaşam olaylarına dair iç görüsünün ele alınmasının faydalı olabileceğini düşündürmektedir. Özellikle endişeli düşüncelerin akla gelme durumlarında, yine de bunun sadece düşünce olduğu ve somut olaylar ile ayrımının yapılmasının faydalı olduğuna dair psikoeğitim ile iç görü kazandırabilir. Bu kesitsel çalışmada terapötik süreçlerin etkisi araştırılmadığı için, ileriki araştırmalarda aleksitimi ile kaygı ilişkisinde DEK kaynaşmasına dair terapötik müdahalelerin etkinliğinin araştırılması bilgilerimize katkıda bulunabilir.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr., Mesut Yavuz, Fransız Lape Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul Aydın Üniversitesi Psikoloji Bölümü mesutyavuzdr@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Evans DW, Hersperger C, Capaldi PA. Thought-action fusion in childhood: Measurement, development, and association with anxiety, rituals and other compulsive-like behaviors. Child Psychiatry Hum Dev 2011; 42:12-23.

2. Werner, H. Comparative psychology of mental development. 1948; New York: Follett.

3. Berle D, Starcevic V. Thought–action fusion: Review of the literature and future directions. Clin Psychol Rev 2005;25:263-284.

4. Salkovskis, P, Shafran R, Rachman S, Freeston, MH. Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: Possible origins and implications for therapy and research. Behav Res Ther 1999; 37:1055-1072.

5. Piri S, Kabakçı E. Düşünce-eylem kaynaşması, yükleme biçimleri, depresif ve obsesif-kompulsif belirtiler arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Turk Psikiyatri Derg 2007; 18(3):197-206.

6. Rachman S. Obsessions, responsibility and guilt. Behav Res Ther 1993; 31:149-154.

7. Roh D, Kim WJ, Kim CH. Alexithymia in obsessive-compulsive disorder: clinical correlates and symptom dimensions. J Nerv Ment Dis 2011;199:690-695.

8. Karukivi M, Hautala L, Kaleva O, Haapasalo-Pesu KM, Liuksila PR, Joukamaa M, Saarijärvi S. Alexithymia is associated with anxiety among adolescents. J Affect Disord 2010; 125:383-387.

9. Grynberg D, Luminet O, Corneille O, Grèzes J, Berthoz, S. Alexithymia in the interpersonal domain: A general deficit of empathy? Pers Individ Dif 2010; 49:845-850.

10. Honkalampi K, Tolmunen T, Hintikka J, Rissanen ML, Kylmä J, Laukkanen E. The prevalence of alexithymia and its relationship with Youth Self-Report problem scales among Finnish adolescents. Compr Psychiatry 2009;50:263-268.

11. Yelsma P. Self-esteem and alexithymia. Psychol Rep 1995; 77:735-738.

12. Sasai K, Tanaka K, Hishimoto A. Alexithymia and its relationships with eating behavior, self esteem, and body esteem in college women. Kobe J Med Sci 2010; 56:E231-E238.

13. Dalbudak E, Evren C, Aldemir S, Coskun KS, Yıldırım FG, Ugurlu H. Alexithymia and personality in relation to social anxiety among university students. Psychiatry Res 2013; 209:167-172.

14. Uzal G, Yavuz M, Akdeniz B, Çalli S, Bolat N. İstanbul ilinde öğrenim gören lise öğrencilerinde aleksitimi karakter özellikleri ile üst biliş özellikleri ve ruhsal sorunlar arasındaki ilişkinin incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Derg 2018;19:478-484.

15. Tillfors M, Persson S, Willén M, Burk WJ. Prospective links between social anxiety and adolescent peer relations. J Adolesc 2012; 35:1255-1263.

16. Ingul JM, Klöckner CA, Silverman WK, Nordahl HM. Adolescent school absenteeism: modelling social and individual risk factors. Child Adolesc Ment Health 2012;17:93-100.

17. Mohapatra S, Deo SJ, Satapathy A, Rath N. Somatoform disorders in children and adolescents. Ger J Psychiatry 2014; 17:19-24.

18. Chase RM, Pincus DB. Sleep-related problems in children and adolescents with anxiety disorders. Behav Sleep Med 2011; 9:224-236.

19. Ginsburg GS, La Greca AM, Silverman WK. Social anxiety

in children with anxiety disorders: relation with social and emotional functioning. J Abnorm Child Psychol 1998;26:175-85.

20. Maldonado L, Huang Y, Chen R, Kasen S, Cohen P, Chen H. Impact of early adolescent anxiety disorders on self-esteem development from adolescence to young adulthood. J Adolesc Health 2013;53:287-92.

21. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty item Toronto Alexithymia Scale--I: Item selection and cross-validation of the factor structure. J Psychosom Res 1994; 38:23-32.

22. Güleç H, Köse S, Yazıcı Güleç M, Çıtak S, Evren C, Borckardt J, et al. Yirmi soruluk Toronto Aleksimi Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi. Klinik Psikofarmakol Bulteni 2009;19:213-219.

23. Bolat N, Yavuz M, Eliaçık K, Zorlu A. Evren C, Köse S. Psychometric properties of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale in a Turkish adolescent sample. Anadolu Psikiyatri Derg 2017;18:362-368.

24. Tarakçıoğlu MC, Kadak MT, Boysan M, Çalışkan Y, Demirel ÖF, Memik NÇ, Evans DW. Thought Action Fusion Child Version (TAFIC) reliability and validity in a school based Turkish population. 28. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi Bildiri Kitabı 2018;226.

25. Spielberger CD, Edwards CD, Lushene RE, Montourı J, Platzek, D. STAIC preliminary manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. 1973.

26. Özusta ŞH. Çocuklar için durumluluk-süreklilik kaygı envanteri uyarlama, geçerlilik ve güvenirlik çalışması. Turk Psikol Derg 1995;10:32-34.

27. Tabachnick BG, Fidell LS. Principal components and factor analysis. Using multivariate statistics, 2001; 4:582-633.

28. Baron RM, Kenny DA. The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. J Pers Soc Psychol 1986; 51:1173.

29. Lumley MA, Ovies T, Stettner L, Wehmer F, Lakey B. Alexithymia, social support and health problems. J Psychosom Res 1996;41:519-530.

30. Garisch JA, Wilson MS. Vulnerabilities to deliberate self-harm among adolescents: The role of alexithymia and victimization. Br J Clin Psychol 2010; 49:151-162.

31. Ryan RM, Stiller JD, Lynch JH. Representations of relationships to teachers, parents, and friends as predictors of academic motivation and self-esteem. J Early Adolesc 1994;14:226-249.

32. Connelly M, Denney DR. Regulation of emotions during experimental stress in alexithymia. J Psychosom Res 2007; 62:649-656.

33. Prino LE, Longobardi C, Fabris MA, Parada RH, Settanni M. Effects of Bullying Victimization on Internalizing and Externalizing Symptoms: The Mediating Role of Alexithymia. J Child Fam Stud 2019; 1-8.

34. Craig WM. The relationship among bullying, victimization, depression, anxiety, and aggression in elementary school children. Pers Individ Dif 1998; 24:123-130.

35. Kapçı EG. İlköğretim öğrencilerinin zorbalığa maruz kalma türünün ve sıklığının depresyon, kaygı ve benlik saygısıyla ilişkisi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi 2004;37:1-13.

36. Kumpulainen K. Psychiatric conditions associated with bullying. Int J Adolesc Med Health 2008;20:121-132.

37. Shafran R, Rachman S. Thought-action fusion: a review. J Behav Ther Exp Psychiatry 2004; 35:87-107.

38. Yorulmaz O, Karanci AN, Bastug B, Kisa C, Goka E. Responsibility, thought-action fusion, and thought suppression in Turkish patients with obsessive–compulsive disorder. J Clin Psychol 2008; 64:308-317.

39. Muris P, Meesters C, Rassin E, Merckelbach H, Campbell J. Thought–action fusion and anxiety disorders symptoms in normal adolescents. Behav Res Ther 2001; 39:843-852.

40. Kirmayer LJ, Young A, Hayton BC. The cultural context of anxiety disorders. Psychiatr Clin North Am 1995; 18:503-521.

41. Fukunishi I, Nakagawa T, Nakamura H, Kikuchi M, Takubo M. Is alexithymia a culture-bound construct? Validity and reliability of the Japanese versions of the 20-item Toronto Alexithymia Scale and modified Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire. Psychol Rep 1997; 80:787-799.

Major depresif bozukluk tanılı hastaların bireysel farklılıkları üzerine dokuz tip mizaç modeli odaklı bir inceleme

Evaluating individual differences in patients with major depressive disorder focused on nine types temperament model

Mehmet Fatih Üstündağ[1], Enver Demirel Yılmaz[2], Kerim Uğur[3], Özge Ünal[2], Ahmet Herdem[4], Orkun Aydın[5], Ömer Aydemir[6]

[1]Dr.Öğr. Üyesi, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıklar Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, İstanbul, Türkiye https://orcid.org/0000-0003-0897-6000
[2]Uzm. Dr., Mizmer Danışmanlık Merkezi, Ankara, Türkiye https://orcid.org/0000-0003-0140-2637-https://orcid.org/0000-0001-9046-7795
[3]Uzm. Dr., Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, Malatya, Türkiye https://orcid.org/0000-0002-3131-6564
[4]Uzm. Dr., Bolu Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, Bolu, Türkiye https://orcid.org/0000-0001-6675-134X
[5]Dr. Öğr. Üyesi, Uluslararası Saraybosna Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, Saraybosna, Bosna Hersek https://orcid.org/0000-0003-0869-7394
[6]Prof. Dr., Celal Bayar Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Manisa https://orcid.org/0000-0003-3050-1263

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Dokuz Tip Mizaç Modeli (DTMM) odaklı bir bakış açısıyla MDB ve MDB belirteçleri ile mizaç ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkilerin incelenmesidir. **Yöntem:** Çalışmaya; 18-60 yaş aralığında, en az 8 hafta iyilik döneminde olup tedavileri devam eden, 208 MDB'li ve MDB'li grupla eşlenmiş 203 sağlıklı birey dahil edildi. Tüm katılımcılara sosyo-demografik veri formu, Dokuz Tip Mizaç Ölçeği (DTMÖ) ve Mizaç Karakter Envanteri (MKE), MDB'li bireylere ayrıca Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) uygulandı. MDB belirleyicileri değerlendirmeleri ise izlem dosyalarından alınan bilgiler üzerinden yapıldı. **Bulgular:** Dokuz Tip Mizaç (DTM)1, DTM2, DTM3, DTM4, DTM6 ve DTM8, Psikobiyolojik Kişilik Modeli (PKM)'nin boyutlarından işbirliği yapma (İB), sebat etme (SE), zarardan kaçınma (ZK) ve kendini yönetme (KY) MDB ile ilişkili bulundu. MDB belirleyicileri açısından; bunaltılı-sıkıntı özellik gösterenler DTM2, DTM3, DTM6, DTM9; melankoli özellikleri gösterenler DTM1, DTM5 ve DTM6 ve mevsimsel özellik gösterenler DTM4, karma özellik gösterenler DTM4, DTM7 ve atipik özellikler gösterenler DTM5, DTM7, DTM9 mizaç tipleriyle ilişkili bulunmuştur. **Sonuç:** Kişiliğin yapısal temelini oluşturan mizacın, MDB hastalarında hem tanıda hem de semptomatolojinin bireye özgü tanınmasında etkili bir parametre olduğu görülmektedir. Ayrıca MDB belirteçlerinin tanımlanmasında mizacın ayrıştırıcı bir etken olabildiği söylenebilir. Gelecekte yapılacak çalışmalarla, mizaç odaklı tanı ve tedavi stratejilerinin geliştirilmesinin, uygulamaya fayda sağlayabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Majör depresif bozukluk, mizaç, kişilik, dokuz tip mizaç modeli

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2020;23:333-342)
DOI: 10.5505/kpd.2019.50470

SUMMARY

Objective: The aim of this study is to investigate the relationship of Major Depressive Disorder (MDD) and MDD specifiers with temperament and personality traits with a perspective focused on Nine Type Temperament Model (NTTM). **Method:** 203 healthy participants who are matched with the 208 MDD participants group between 18-60 years old and in at least eight weeks remission period and treatment in progress, without an additional diagnosis were included in the study. Socio-demographic data form, Nine Types of Temperament Scale (NTTS) and Temperament Character Inventory (TCI) were applied to all participants, and in addition, Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) were applied to the subjects with MDD. MDD specifiers were evaluated using follow-up data files. **Results:** According to results, both Nine Type Temperament (NTT) Model's types, which are NTT1, NTT2, NTT3, NTT4, NTT6 and NTT8, and Psychobiological Personality Model's dimensions which are consisted of the cooperation, persistence, harm avoidance and self-management were found to be associated with MDD. From the point of MDD determinants; anxiety-distressing characteristics are associated with NTM2, NTM3, NTM6, NTM9; melancholy characteristics is concerned with NTT1, NTT5 and NTT6; seasonal characteristics are related to NTT4; mixed features are relevant with NTT4 and NTT7; and atypical features are associated with NTT5, NTT7, NTT9. As a result, MDD determinants are found to be associated with temperament types which are coming from NTTM. **Discussion:** It is seen that temperament, which constitutes the structural basis of personality, is an effective parameter both in the diagnosis and in the individual-specific recognition of symptomatology in MDD patients. In addition, it can be said that temperament can be a discriminating factor in defining MDD specifiers. The development of temperament-oriented diagnosis and treatment strategies in future studies may be beneficial for the practice.

Key Words: Major depressive disorder, temperament, personality, nine types temperament model

Makalenin geliş tarihi: 23.07.2019, Yayına kabul tarihi: 02.10.2019

GİRİŞ

Major Depresif Bozukluk (MDB) toplum örnekleminde yaşam boyu %14.7 oranında görülen ve yaygınlığı gün geçtikçe artan bir ruhsal bozukluktur (1). MDB'nin farklı klinik şekillerde gözlenebilen heterojen doğası, tanısal sınıflama ve tedavinin özgülleştirilmesinde sorunlara yol açabilmektedir (2).

Bazı araştırmacılar; ruhsal bozuklukların seyrinde gözlenen bireysel farklılıklara uygun tanı ve tedavi protokollerinin oluşturulabilmesi için kişilik özelliklerine odaklı biyo-psikolojik bir bakış açısı önermektedirler (3). Andersen ve Bienvenu (4) psikiyatrik bozukluklarda doğru bir prognoz sağlanması, ek tanının açıklanması ve etiyolojisinin doğru ve tutarlı bir biçimde anlaşılması için kişilik özellikleri ile psikopatolojiler arasındaki ilişkilerin incelenmesini önermektedir. Benzer bir biçimde Watson ve ark. (5) kişilik ve psikopatoloji arasındaki bağın, tanı ve taksonomisinin ele alınış şekli, potansiyel ek tanı kaynaklarının belirlenmesi ve hastalıkların etiyolojik temelinin açıklanmasındaki önemine vurgu yapmaktadır. Kişilik ile psikopatolojiyi iki ayrı parametre olarak ele alıp arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmaların yanı sıra kişiliğe, psikopatolojinin oluşumunda başlatıcı bir rol veren görüşler de bulunmaktadır. Örneğin Klein ve ark. kişiliğin, psikiyatrik hastalıklara yatkınlık ve patoplastisite oluşturduğu, hastalığın başlangıcında ve seyrinde nedensel bir etkisi bulunduğu ve ayrıca kişilik ve psikopatolojinin ortak bir biyolojik/yapısal çekirdekten kaynaklandığı görüşündedir (6).

Diğer yandan bazı araştırmacılar, psikopatolojilerin yordayıcısı olduğu ileri sürülen ve kişiliğin de altında yatan biyolojik parametre olan mizaç kavramına odaklanmaktadır. Watson ve Clark (7) mizacın; MDB gelişimi ve atakların seyrini etkilediğini ve mizaç ile MDB'nin ortak bir genetik yatkınlığı yansıtıyor olabileceğini savunmaktadır.

MDB'nin spesifik mizaç ve kişilik özellikleriyle ilişkisi, çeşitli modeller çerçevesinde incelenmektedir. Örneğin Beş Faktör Modeli'ne göre MDB'nin tanı ve şiddeti yüksek nörotisizm, düşük dışa dönüklük ve vicdanlılık kişilik boyutlarıyla ilişkili bulunmuştur (8). Psikobiyolojik Kişilik Modeli (PKM)'ye göre özellikle yüksek zarardan kaçınma (ZK) puanı MDB'ye yatkınlık oluşturmakta ve tedavi seyrinde rol almaktadır (9,10).

Bu çalışmanın odağını oluşturan Dokuz Tip Mizaç Modeli'ne (DTMM) göre ise bazı mizaç tipleri, depresyon da dahil olmak üzere belirli psikiyatrik bozukluklara yatkınlık oluşturabilmekte ve hastalığın klinik görünümünü etkilemektedir (11-13). Yapısal bir çekirdek olan mizaç; yaşam koşullarındaki farklılıklar, cinsiyet ve stresör faktörlerle etkileşmekte, sonuçta bu değişimlerin kendisini yalnızca bir normal kişilik özelliği veya bipolar bozukluk ya da majör depresyon tanısıyla ortaya koymasında belirleyici olmaktadır (14). DTMM'nin mizaç tiplerinin varoluşsal arayışları ve ayırıcı özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Psikopatolojilerde kişilik özelliklerinin tek tek incelenmesi, etiyolojinin anlaşılmasına katkı sağlamakla birlikte bir bireyin, kişiliğin yalnızca bir yüzünü tanımlayan tek bir kişilik boyutuna bağlı olarak depresyona yakalanma riski düşüktür (15). DTMM kişiliğin yapısal temelini oluşturan mizaç özellikleri ile o özeliklerin bir araya gelme nedenini oluşturan varoluşsal arayış arasında tutarlı bir nedensel ilişki kurmaktadır (16). Örneğin; DTMM'ye göre Dokuz Tip Mizaç (DTM) 6'ya ait özellikler bütününün tamamı, etiyolojik olarak entelektüel dinginlik arayışıyla açıklanmaktadır (17). Entelektüel dinginlik arayan bu mizaç tipinin, zarardan kaçınmacı olmanın yanında güven ve emniyet odaklı, garantici, kontrolcü, kötümser, hesapçı, tedbirli olma, belirsizliklere tahammül edememe ve kolay kaygılanıp endişelenebilme özellikleri göstermesi anlamlı bir nedensellik ve bütünlük ifade etmektedir (11). Çok sayıda mizaç özelliklerini bir tipte gruplandırma imkanı sunan DTMM, diğer modellerden farklılık göstermektedir (18). Mizaç özelliklerinin bir takımyıldızı olarak anlaşılması, bireylerin özellik kalıplarına göre gruplanmasını sağlayarak bütüncül bir yaklaşımı mümkün kılmaktadır (19).

Ayrıca literatürde MDB'daki bireysel farklılıklara dair belirteçlerin oluşumunda da mizaç etkisinin önemine vurgu yapan az sayıda çalışmalar bulunmaktadır (20). MDB'nin farklı klinik

görünümleri, başlangıç zamanı ya da etiyolojisi gibi parametrelere göre oluşturulan çeşitli alt tip sınıflandırmaları, bireye özgü tanı ve tedavi yöntemlerinin üretilmesine katkı sağlamaktadır (21). Yanı sıra mizaç özellikleri ile spesifik psikopatoloji semptom profillerinin gelişimi arasındaki ilişkiler hakkında çok az şey bilinmektedir (22).

Bu çalışma, bazı DTMM tiplerinin depresyona eğilim oluşturduğu, bazı DTMM tiplerinin ise belirli MDB belirteçlerinde daha sık görüldüğü öngörülerek planlanmıştır. Bu bağlamda çalışmanın amacı; literatürde MDD ve belirteçleriyle ilişkili olduğu bilinen PKM boyutlarının yanı sıra DTMM tiplerinin MDD ve belirteçleriyle ilişkisini ortaya koymaktır. Aynı zamanda bu çalışmanın, psikopatolojilerdeki bireysel farklılıkların anlaşılmasında kişilik odaklı yaklaşımlara bir alternatif olarak mizaç tipleri odaklı bir yaklaşım geliştirilmesine de bir başlangıç olması amaçlanmaktadır.

Bu araştırma, mizaç tipleri ile MDB ve MDB belirteçleri arasındaki ilişkileri DTMM temelli bir bakış açısıyla inceleyen ilk çalışma olma özelliğine sahiptir. Araştırma, MDB tanısı ve yaşantılanmasındaki farklı klinik görünümlerde, mizaç ve kişilik farklılıklarının etkisini incelemesi bakımından literatüre katkı sağlayabilir.

YÖNTEM

Çalışmanın etik kurulu onayı Celal Bayar Üniversitesinden alınmıştır. Çalışmaya; Mart 2015-Eylül 2017 yılları arasında psikiyatri polikliniğinde takipli, 18-60 yaş aralığında, çalışmaya katılmayı kabul ederek yazılı onam veren, kronik hastalığı olmadığını beyan eden, MDB tanısıyla tedavi alıp en az 8 hafta iyilik döneminde olan, 208 MDB'li birey dahil edilmiştir. MDB'li bireylerin tamamı psikofarmakolojik tedavi almış olup, 21 birey psikofarmakolojik tedaviye ek olarak psikoterapi, 5 birey ise tamamlayıcı terapi (hipnoz, akupunktur, bitkisel ürünler) almaktadır. Bireylerin iyilik dönemi; klinik tanı ölçütleri ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) uygulanarak belirlenmiştir. HDDÖ'de toplam puanı 13'den düşük olan olgular iyilik döneminde olarak tanımlanmıştır. Bu çalışmanın kapsamını aşan faktörlerden etkilenebilecek olan (katatoni, psikotik ve doğum zamanı başlangıçlı MDB) belirteçler çalışmadan dışlanmıştır. İlgili ölçekleri yanıtlamaya engel teşkil edecek mental kısıtlılığı ve/veya nörolojik bozukluğu bulunan bireyler çalışmaya dahil edilmemiştir. Ayrıca yazılı onam verenler arasından HDDÖ puanı 13'ten yüksek olan, uygulayıcı hekimler tarafından ek psikiyatrik bozukluk eş tanısı tespit edilen, alkol veya madde kullanım öyküsü, intihar girişimi olduğu saptanan 105 vaka çalışmadan dışlanmıştır. Kontrol grubu; yaşam boyu psikiyatrik tanı almamış, kronik tıbbi hastalığı bulunmayan, sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet eğitim durumu vb.) açısından MDB'li grupla eşlenmiş, hasta yakınları ve hastane personeli içinden çalışmaya katılmaya gönüllü olan 203 sağlıklı birey olarak belirlenmiştir.

Gereçler

Sosyodemografik Veri Formu: Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, kronik hastalık durumu, madde kullanım öyküsü, geçmiş psikiyatrik öyküsü, uygulanan tedavi türü, intihar girişimi öyküsünün sorgulandığı, araştırmacılar tarafından hazırlanan bir formdur. Bu forma ayrıca son depresyon atağının belirtileri ve depresyon belirteçlerinin özellikleri, uygulayıcı hekimler tarafından kaydedilmiştir.

Dokuz Tip Mizaç Ölçeği (DTMÖ): Yılmaz ve ark. (23) tarafından 2014 yılında geliştirilmiştir. Kuramsal temeli DTMM'ye dayanan ve erişkin örnekleminde DTMM'nin mizaç tiplerine ait özellikleri değerlendirmek üzere hazırlanan, dokuz alt ölçekten oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Dokuz alt ölçeğin her biri (Dokuz Tip Mizaç (DTM)1, DTM2, DTM3, DTM4, DTM5, DTM6 DTM7, DTM8 ve DTM9) modelde tanımlanan mizaç tiplerine ait özellikleri değerlendirmektedir. Toplam 91 maddeden oluşan ölçek, 3'lü likert şeklinde ("evet", "bazen", "hayır") yanıtlanmaktadır. Her bir mizaç tipine ait özellikleri değerlendiren alt ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği, o mizaç tipine ait özelliklerin fazla sergilendiğini göstermektedir. İstatistiksel hesaplamalar, katılımcıların her bir alt ölçekten aldıkları toplam puanlar üzerinden gerçekleştirilmektedir. Ölçeğin tümü

Tablo 1. Dokuz Tip Mizaç Modeli'ne Göre Mizaç Tiplerinin Varoluşsal Arayışları ve Ayırıcı Özellikleri

Mizaç tipi ve Varoluşsal Arayışı	Özellikler
DTM1 Kusursuzluk Arayan	Mükemmeliyetçi, İdealist, Kontrollü, Disiplinli, Ciddi, Ölçülü, Hesaplı Hareket Eden, Kurallara Uyan, Doğrucu, Adalete Önem Veren, Sebatkâr, Çalışkan, Titiz, Düzenli, Sorumluluk Sahibi, Prensipli, Soğukkanlı, Rasyonel, İstikrarlı, Tanımlayıcı, Planlayıcı, Sınıflayan, Kıyaslayan, Aşırı Detaycı, Kategorize Eden, Sistematik, Reformist, Ahlakçı, Çabuk Kızıp Gerilen, Katı Eleştirel, Yargılayıcı
DTM2 Duyguları Hissetmeyi Arayan	Sevgi Dolu, İlişki Odaklı, Çok Duygusal, Çabuk Etkilenen, Duygularını Belli Eden, Sıcakkanlı, Konuşkan, Dışadönük, İlgi Çekmekten Hoşlanan, Çabuk ve Yakın İlişki Kuran, Arkadaş Canlısı, İletişim Yetenekleri Güçlü, Acıyan, Yardımsever, Fedakar, Verici, Alıngan, Israrcı, Tutturmacı, Sitemkar, Kıskanç, Manipülatif
DTM3 Hayran Olunacak Kendilik İmajı Arayan	Başarı ve Kariyer Odaklı, Yarışmacı, Hedefine Kilitlenen, Hırslı, Olumsuz Duyguları Kendine Engel Yapmayan, Kendine Güvenen, Motivatör, Popüler, Statüye çok Önem Veren, Adaptif, Diplomatik, Pratik, Üretken, Azimli, Çalışkan, Çıkarcı, Kurnaz
DTM4 Duyguların Anlamını Arayan	Yoğun Duygusal, Empatik, Duyarlı, Doğal, İçten, Dost Canlısı, Merhametli, Romantik, Melankolik, Tutkulu, Bireysel, Özgün, Sıra Dışı, Tasarımcı, Sanatsal, Estetik Bakış Açısına Sahip, Kimlik Arayan, Asi, Aykırı, Melodramatik, Kolay İncinebilir, İmrenen
DTM5 Bilginin Anlamını Arayan	İçedönük, Sessiz, Gözlemci, Asosyal, Soğuk, Mesafeli, Duygudan Uzak, Analitik Düşünen, Derin Meraklı, Akılcı, Objektif, Araştırmacı, Soyutlayıcı, Kavramsallaştırıcı, Uzmanlaşan, Arşivci, Cimri, Şüpheci
DTM6 Entelektüel Dinginlik Arayan	Güven ve Emniyet Odaklı, Rengini Belli Etmeyen, Sivrilmeyen, Tüm İhtimalleri Gözeten, Titiz, Düzenli, Tedbirli, Tutumlu, Ketum / Sır Tutan, Sadakate Önem Veren, Spontane Meraklı, Veri Depolayan, Otoriteye İhtiyaç Duyan, Kendine Güvenmekte Zorlanan, Paranoid Alıngan, Köttümser, Güvensiz, Hesapçı, Muhalif, Ambivalan, Kararsız, Emin Olamayan, Kuşkucu, Obsesif, Kontrolcü, Endişeli, Kaygılı
DTM7 Keşfetme Hazzını Arayan	Keşfetmeye Meraklı, Hareketli, Girişken, Dışadönük, Çabuk İlişki Kuran, Konuşkan, Neşeli, Muzip, İyimser, Pratik, Çağrışımları Hızlı, Heyecan Arayan, Tecrübe Eden, Yenilikçi, Vizyoner, İnovatif Yaratıcı, Hayalci, Sıkıntıdan Kaçınan, Düzensiz, Savurgan, Gailesiz, Abartan, Sabırsız, Çabuk Sıkılan, Hesapsız, Dürtüsel, Dikkati Dağınık, Maymun İştahlı, Fikir Uçuşması Yaşayan
DTM8 Mutlak Güç Arayan	Lider, Himaye Eden, Mücadeleci, Dayanıklı, Meydan Okuyan, Kendinden Emin, Hükmedici, Baskıcı, Otoriter, Grandiyöz, Cesur, Girişimci, Çabuk Eyleme Geçen, Müdahaleci, Net, Cömert, Dobra, Sert, Toleranssız, Öfkeli, Kavgacı, Şiddet Eğilimli
DTM9 Fiziksel (Duyumsal-Hareketsel) Konfor Arayan	Sakin, Uyumlu, Yumuşak, Esnek, Sabırlı, Hayır Demekte Zorlanan, Müdahil Olmayan, Barışçıl, Arabulucu, Mülayim, Huzur Veren, Yargılamayan, Bütünleşmeci, Çatışmaktan Uzak Duran, Rutini Seven, Akışına Bırakan, Ağırkanlı, Erteleyen, Utangaç, Öfkesini Bastıran, Pasif Dirençli

DTM: Dokuz Tip Mizaç (18)

için Cronbach alfa değeri 0.75, tipler için sırasıyla 0.77, 0.79, 0.68, 0.71, 0.80, 0.74, 0.71, 0.83, 0.77'dir.

Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE): Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Köse ve ark (24) tarafından yapılan, 240 maddeden oluşan, doğru-yanlış şeklinde puanlanan bir öz bildirim ölçeğidir. Cloninger'ın öne sürdüğü kişiliğin iki temel bileşeni olan mizaç ve karakterdeki normal ve anormal varyasyonları açıklayan Psikobiyolojik Kişilik Modeli'ne (PKM) uygun olarak geliştirilmiştir. Ölçek, yenilik arayışı (YA), zarardan kaçınma (ZK), ödül bağımlılığı (ÖB) ve sebat etme (SE) olmak üzere dört mizaç boyutu ile kendini yönetme (KY), işbirliği yapma (İB) ve kendini aşma (KA) üç karakter boyutu olmak üzere kişiliğin yedi temel boyutunu değerlendirmektedir. Ölçeğin Türkçe formunda mizaç boyutları için Cronbach alfa katsayısı 0,60 ile 0,85, karakter boyutları için 0.82-0.83 arasındadır (25).

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ): Akdemir ve ark. (26) tarafından geliştirilen HDDÖ, depresyonun şiddetini ölçmek için kullanılmaktadır. Klinisyen tarafından uygulanan bir ölçektir. Kesme puanı; 23 üstü çok şiddetli, 19-22 arası şiddetli, 14-18 aralığı orta şiddetli, 8-13 arası hafif şiddetli ve 7 altı normal olarak belirlenmiştir.

Uygulama

Klinisyen tarafından yazılı onamları alınan katılımcılara sosyodemografik veri formu ve HDDÖ uygulanmıştır. Ayrıca aktif depresyonda oldukları dönem özellikleri sorgulanmış ve hastadan edinilen bilgiler ile birlikte izlem dosyalarından alınan bilgiler karşılaştırılarak DSM-5 kriterlerine göre MDB belirleyicileri saptanmıştır. Ardından MDB'li ve kontrol grubuna uygulama sırası sistematik olarak değiştirilerek DTMÖ ve MKE uygulanmıştır.

Verilerin Analizi

Veriler SPSS (Version 16.00) ile analiz edilmiştir. İstatistiksel değerlendirmelerde MDB'li ve sağlıklı gruplar arasında kategorik değişkenleri karşılaştırmak için ki-kare testi, iki gruba ait ortalamalar arasındaki farkı değerlendirmek için Student's t-testi kullanılmış, anlamlılık sınırı $p<0.05$ kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırma grubunun %49.9'u kadın (n=205), %50.1'i (n=206) erkek, yaş ortalaması 34.21± 10.15 olarak hesaplanmıştır. MDB ve kontrol grubu arasında cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu açısından fark bulunmamıştır (p<0.05). Katılımcıların ayrıntılı sosyodemografik bilgileri Tablo 2'de gösterilmiştir.

MDB'li grup ve kontrol grubun bağımsız değişkenleri için DTMM tiplerinden; DTM1 p<0.001, DTM3 p<0.01 ve DTM8'de p<0.05 MDB'li grupta düşük, DTM2 p<0.05, DTM4 p<0.01 ve DTM6'da p<0.05 yüksek oranlarda bulundu. MDB'li grupta PKM' nin boyutlarından İB p<0.01 ve ZK p<0.01 puan ortalamaları yüksek bulunurken, SE p<0.01 ve KY p<0.001 puan ortalamaları ise düşük olarak bulundu. DTMM tipleri ve PKM boyutlarının MDB'li ve kontrol grubu analiz sonuçları Tablo 3 ve 4. 'de gösterilmiştir.

MDB'li katılımcılar arasında, bunaltılı sıkıntı özellikleri gösteren MDB grubunda DTMM tiplerinden; DTM2 p<0.001, DTM3 p<0.05 DTM6 p<0.001 ve DTM9'un p<0.05 puan ortalamaları yüksek, DTM7 p<0.001 ve DTM8'in p<0.05 düşük bulundu. PKM'nin kişilik boyutlarından ise İB p<0.05, ZK, p<0.001, ÖB p<0.001 yüksek bulunurken ve KY p<0.05 düşük olarak bulundu.

Melankoli özellikleri gösteren MDB grubunda DTMM tiplerinden; DTM1 p<0.001, DTM4 p<0.05, DTM5 p<0.001 ve DTM6 p<0.001 puan ortalamaları yüksek, DTM2 p<0.05 ise düşük bulundu. PKM'nin kişilik boyutlarından ise ZK p<0.001 ve ÖB p<0.05 puan ortalamaları yüksek bulunurken ve YA p<0.001 ve SE p<0.05 düşük olarak bulundu.

Tablo 2. MDB olan ve olmayan katılımcıların sosyodemografik özelikleri
Sosyodemografik veri tablosu

Değişkenler	Kontrol Grubu Sayı (n=203)	%	Araştırma Grubu Sayı (n=208)	%
Yaş (mean, SD)	=34.5 10.28		=33.9 10.05	
(min-max)	18/62		18/60	
Cinsiyet				
Kadın	97	47.8	110	52.9
Erkek	106	52.2	98	47.8
Medeni Durum				
Bekar	80	39.4	81	38.9
Evli	106	52.2	98	47.1
Boşanmış	17	8.4	29	13.9
Eğitim				
İlkokul	20	9.9	34	16.3
Ortaokul	30	14.8	39	18.8
Lise	111	54.7	101	48.6
Lisans ve Üstü	42	20.7	33	16.3

Tablo 3. DTMM Tiplerinin MDB'li ve kontrol grubu analiz sonuçları

DTMM Tipleri	MDB var (N: 208) Ort. ± SD	MDB yok (N: 203) Ort. ± SD	p*
DTM1	9.84±4.58	11.13±4.52	0.004***
DTM2	12.52±4.40	11.43±4.96	0.02*
DTM3	7.16±3.27	8.11±4.13	0.01**
DTM4	10.04±4.71	8.73±4.81	0.005**
DTM5	8.51±4.36	9.06±5.89	0.28
DTM6	12.36±4.94	11.42±4.54	0.04*
DTM7	9.38±4.24	8.90±4.19	0.25
DTM8	6.64±4.30	7.68±5.03	0.02*
DTM9	9.41±4.62	9.83±4.51	0.35

* t testi uygulanmıştır.* p<0.05, **p<0.01, p<0.001***

Mevsimsel özellik gösteren MDB grubunda, DTMM tiplerinden; DTM4 p<0.01 puan ortalamaları yüksek DTM1 p<0.001, DTM3 p<0.05, DTM6 p<0.001 ve DTM9 p<0.01 düşük bulundu. PKM'nin kişilik boyutlarından ise KA p<0.001 YA p<0.001 puan ortalamaları yüksek bulunurken ZK, p<0.01 ve SE p<0.05 düşük olarak bulundu.

Karma özellikler gösteren MDB grubunda DTMM tiplerinden; DTM4 p<0.05, DTM7'de p<0.001 puan ortalamaları yüksek, DTM1 p<0.001, DTM6 p<0.01 ve DTM9'da p<0.01 düşük bulundu. PKM'nin kişilik boyutlarından ise YA, p<0.001 ve ZK, p<0.001 puanları yüksek bulunurken KY p<0.05 düşük bulundu.

Tablo 4. PKM boyutlarının MDB'li ve kontrol grubu analiz sonuçları

PKM Boyutları	MDB var (N: 208) Ort. ± SD	MDB yok (N: 203) Ort. ± SD	p*
İ. B.	29.28±5.65	27.57±6.62	0.005**
K. A.	19.02±5.93	18.36±6.51	0.28
Y. A.	19.16±6.81	17.88±6.75	0.06
Z. K.	20.24±7.48	18.27±7.60	0.01**
Ö. B.	14.23±3.62	13.68±4.47	0.17
S. E.	4.44±2.36	5.11±2.13	0.003**
K. Y.	17.73±7.81	22.83±6.57	0.000***

* t testi uygulanmıştır. * p<0.05, **p<0.01, p<0.001***

Tablo 5. MDB belirteçleri ile DTMM tipleri arasındaki ilişki

	BUNALTILI SIKINTI			MELANKOLİ			MEVSİMSEL			KARMA			ATİPİK		
Depresyon	Var	yok		Var	yok		var	yok		var	yok		var	yok	
DTMM Tipleri	(N:100) Ort. ± SD	(N:108) Ort. ± SD	p*	(N:73) Ort. ± SD	(N:135) Ort. ± SD	p*	(N:53) Ort. ± SD	(N:155) Ort. ± SD	p*	(N:42) Ort. ± SD	(N:166) Ort. ± SD	p*	(N:168) Ort. ± SD	(N:40) Ort. ± SD	p*
DTM1	10.14±4.13	9.56±4.97	0.37	11.44±4.92	8.98±4.16	0.000***	7.68±3.95	10.58±4.56	0.000***	7.78±3.40	10.36±4.71	0.000*	10.5 ± 4.38	9.79 ± 4.64	0.75
DTM2	14.10±3.77	11.05±4.46	0.000***	11.53±4.06	13.05±4.51	0.02*	12.62±4.53	12.48±4.37	0.84	11.59±4.30	12.75±4.41	0.13	11.22±3.32	12.83±4.58	0.01*
DTM3	7.69±3.46	6.67±3.02	0.02*	6.79±3.05	7.35±3.38	0.24	6.28±3.11	7.46±3.28	0.02*	7.31±3.85	7.12±3.12	0.77	7.06±2.95	7.05±3.34	0.34
DTM4	9.52±4.04	10.53±5.22	0.12	11.07±4.83	9.49±4.56	0.02*	11.72±5.94	9.47±4.07	0.01**	11.62±5.03	9.64±4.55	0.015*	9.22±4.08	10.24±4.83	0.22
DTM5	8.08±4.64	8.92±4.06	0.17	10.01±4.38	7.70±4.14	0.000***	8.17±3.28	8.63±4.67	0.43	8.31±3.13	8.57±4.62	0.67	10.45±4.86	8.05±4.11	0.002*
DTM6	14,56±4,44	10.33±4.50	0.000***	14.38±4.91	11.27±4.61	0.000***	9.91±4.47	13.21±4.82	0.000***	10.67±4.23	12.79±5.02	0.01**	12.97±4.75	12.22±4.99	0.39
DTM7	8.31±3.42	10,37±4,69	0.000***	8.87±4.04	9.66±4.34	0.29	9.87±5.17	9.21±3.89	0.33	11.83±5.43	8.75±3.65	0.001***	10.58±3.21	9.09±4.54	0.005**
DTM8	5.97±4.31	7.26±4.22	0.03*	6.03±4.32	6.97±4.27	0.13	6.19±3.83	6.79±4.45	0.38	7.09±3.40	6.52±4.50	0.37	7.00±4.98	6.55±4.13	0.56
DTM9	10.19±4.49	8.68±4.65	0.02*	9.49±4.54	9.36±4.68	0.85	8.23±3.41	9.81±4.91	0.01**	7.88±4.02	9.79±4.69	0.01**	12.12±5.26	8.76±4.22	0.000*

DTM: Dokuz Tip Mizaç, * t testi uygulanmıştır. * p<0.05, **p<0.01, p<0.001***

Atipik özellik gösteren MDB grubunda DTMM tiplerinden; DTM5 p<0.01, DTM7, p<0.01 ve DTM9, p<0.001; atipik özellik gösteren MDB yüksek bulunurken, DTM2 p<0.01 düşük oranda bulundu. PKM'nin kişilik boyutlarından YA p<0.001 ve ÖB p<0.05 puanları atipik özellik gösteren MDB grubunda düşük bulundu. MDB belirteçleri ile DTMM tipleri ve PKM'nin kişilik boyutları arasındaki ilişki analiz sonuçları sırasıyla Tablo.5 ve Tablo.6 da gösterilmiştir.

TARTIŞMA

Bu çalışmanın birincil sonucu; MDB'nin DTMM tiplerinden DTM2, DTM4 ve DTM6'da yüksek oranda görülmesidir. MDB'li grupta PKM boyutlarından ise İB ve ZK puan ortalamaları yüksek bulunurken, SE ve KY puan ortalamaları ise düşük olarak bulunmuştur. MDB belirteçleri ile DTMM tipleri arasındaki ilişkilerde; bunaltılı sıkıntılı özellik gösteren grupta DTM2, DTM3, DTM6, DTM9; melankoli özellikleri gösteren grupta DTM1, DTM4, DTM5 ve DTM6 ve mevsimsel özellik gösteren grupta DTM4, karma özellik gösteren grubunda DTM4, DTM7 atipik özellikler gösteren grupta DTM5, DTM7, DTM9 istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olarak saptanmıştır. PKM kişilik boyutları açısından ise bunaltılı sıkıntı özellikleri gösteren MDB grubunda İB, ZK ve ÖB ve karma özellikler gösteren MDB grubunda YA, ZK puanları istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olarak görülmüştür.

Farklı araştırmacılar bireylerin ZK, SE ve KY boyutlarından aldıkları puanların MDB tanısı olup olmamasına göre farklılaştığını göstermişlerdir (27, 28, 29). Cloninger ve ark (30) MDB' li hastaların PKM' ye göre ZK skorlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek, KY skorlarının ise düşük olduğunu tespit etmişlerdir. Çalışmamızda PKM'ye göre kişilik boyutları açısından; MDB'u olan ve olmayan kişilerin ZK, SE ve KY ortalama puanları arasında saptanan anlamlı fark literatürle uyumludur. Genel literatürden farklı olarak; MDB'li hastalarda İB puanının yüksek saptanması, katılımcıların iyilik dönemlerinde olmasına rağmen tedaviye devam eden hastalardan oluşmasıyla ilişkili olabilir.

Tablo 6. MDB belirteçleri ile PKM'nin kişilik boyutları arasındaki ilişki

	BUNALTILI SIKINTI			MELANKOLİ			MEVSİMSEL			KARMA			ATİPİK		
Depresyon	Var	yok		Var	yok		var	yok		var	yok		var	yok	
PKM Boyutları	(N:100) Ort. ± SD	(N:108) Ort. ± SD	p*	(N:73) Ort. ± SD	(N:135) Ort. ± SD	p*	(N:53) Ort. ± SD	(N:155) Ort. ± SD	p*	(N:42) Ort. ± SD	(N:166) Ort. ± SD	p*	(N:168) Ort. ± SD	(N:40) Ort. ± SD	p*
İ. B.	30.21±6.07	28.42±5.10	0.02*	29.41±6.60	29.21±5.09	0.81	29.57±4.39	29.18±6.03	0.62	28.62±4.65	29.44±5.88	0.40	29.65±5.80	29.19±5.63	0.64
K. A.	19.38±5.36	18.68±6.43	0.40	18.67±6.92	19.21±5.34	0.53	21.38±5.37	18.21±5.92	0.001***	19.59±4.81	18.87±6.19	0.42	17.67±5.54	19.34±5.99	0.11
Y. A.	18.43±5.78	19.83±7.60	0.13	16.67±6.96	20.50±6.36	0.000***	22.36±6.47	18.06±6.59	0.000***	24.40±6.87	17.83±6.13	0.000*	16.32±4.23	19.83±7.13	0.000***
Z. K.	22.50±6.85	18.15±7.45	0.000*	23.36±7.70	18.55±6.81	0.000***	18.21±6.05	20.93±7.80	0.01**	16.12±7.81	21.28±7.04	0.000*	18.30±7.66	20.70±7.38	0.07
Ö. B.	15.29±3.53	13.24±3.43	0.000*	13.52±3.76	14.61±3.50	0.04*	14.11±3.76	14.26±3.58	0.79	14.31±3.12	14.20±3.74	0.87	13.00±3.23	14.52±3.65	0.02*
S. E.	4.62±1.66	4.27±2.85	0.27	4.92±2.91	4.18±1.95	0.03*	3.77±2.06	4.66±2.41	0.02*	3.86±2.19	4.58±2.38	0.07	4.32±1.71	4.46±2.49	0.68
K. Y.	16.34±6.84	19.02±8.45	0.013*	18.48±8.50	17.32±7.43	0.311	18.80±7.67	17.37±7.86	0.25	15.55±7.30	18.28±7.87	0.04*	16.50±7.10	18.02±7.97	0.24

* t testi uygulanmıştır. * p<0.05, **p<0.01, p<0.001***
İ.B.: İş Birliği Yapma, K.A.: Kendini Aşma, Y.A.: Yenilik Arayışı, Z.K.: Zarardan Kaçınma, Ö.B.: Ödül Bağımlılığı, S.E.: Sebat Etme, K.Y.: Kendini Yönetme

MDB'un duygusal düzensizlikle bağlantılı bulunduğu bilinmektedir (31, 32). Çalışmamızın sonucunda DTMM'nin duygusal dalgalanmaları en fazla yaşayabilen; dışadönük duygusallığı temsil eden DTM2 ve içe dönük/yoğun duygusallığı temsil eden DTM4'ün MDB ile daha fazla ilişki içinde olduğu saptanmıştır. İçe dönüklük, kendine güvensizlik, girişken olamama, sosyal beceriklilikte yetersizlik, bağımlılık, yersiz kaygıya eğilim, mükemmeliyetçilik ve kötümserlik MDB'ye yatkınlık sağlayan özellikler olarak bilinmektedir (33). Çalışmamızda MDB ile ilişkili bulunan bir diğer mizaç tipi DTM6'dır. İçe dönüklük, kendine güvensizlik, girişken olamama, sosyal beceriklilikte yetersizlik, bağımlılık, yersiz kaygıya eğilim gibi olumsuz özellikler, DTM6 için tanımlanan özellikler olup, MDB'ye zemin hazırlıyor olabilir. PKM'nin, MDB ile arasında güçlü bir bağ olduğu bilinen ZK kişilik boyutuyla (27) neredeyse birebir örtüşen DTM6'nın (34) MDB ile ilişkili bulunması beklenebilecek bir sonuçtur.

Çalışmamızda elde edilen sonuçların dışında; DTM5'in yalnızlığı tercih etme, mesafeli, duygusallıktan uzak ve izole olma, aktif yaşamla zayıf bir bağ kurma ve ayrıca verileri şüpheci ve karamsar bir biçimde kurgulama özellikleri (17) nedeniyle MDB'yle ilişkili bulunması beklenebilirdi. Bu bulgu, yayınlanan ön sonuçlarda saptanmış olmasına (35) rağmen çalışmamızda anlamlılık sınırında kalmıştır. Bu durum, DTM5 mizaç özellikleri gösteren bireylerin hem toplum genelinde hem de örneklemimizde sayıca az olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızın ikincil sonuçları, depresyonun klinik görünümlerine göre oluşturulan belirleyicilerin belirli mizaç tiplerinde daha fazla görüldüğünü ortaya koymaktadır.

Bunaltılı sıkıntılı depresyon bunalma, gerginlik, olağandışı bir huzursuzluk, hiçbir şekilde dinginlik sağlayamama, kaygıdan ötürü odaklanamama, kötü bir şey olacağından korkma ve özdenetimi yitirecekmiş gibi olma özellikleriyle karakterizedir (36). DTM6; kontrolcülük, özellikle belirsizlik durumlarında çabuk kaygılanma, kötümserlik, odaklanmada güçlük gibi olumsuz özellikler içermektedir (17,37). DTM2 ise ilişki odaklılık, ilişkilerdeki sorunlardan çok çabuk ve kolay etkilenme, gerginlik ve huzursuzluk yaşama, özellikle sevdiklerinin başına bir şey geleceğinden ya da onlara kötü bir şey olacağından korkma ve kaygılanma gibi özellikler taşımaktadır (38, 39). Bu nedenle DTM6 ve DTM2'nin özelliklerinin bunaltılı sıkıntılı tip MDB semptomları ile ilişkili saptanması beklenebilecek bir sonuçtur. DTM9 genel olarak sakin, dingin, mülayim ve iyimser olma özelliklerinin yanında huzur ve dinginliği koruyup çatışma ve gerginlikten uzak durmaya odaklılık özellikleriyle karakterizedir (17, 38). Bununla birlikte aşırı stres durumunda çok gergin olma ve şiddetli kaygı yaşama özellikleri devreye girmektedir (39). DTM3 ise; genellikle yüksek öz denetim, kendine güven, olumsuz duyguları görmezden gelme, kaygı veren durumlarda bile pratik ve hedef odaklı olma özellikleri taşımaktadır (16, 17). Bununla birlikte stres durumunda normalden farklı olarak; güvensizlik, içe dönme, kötümser duygu ve düşünceler, sorunlar karşısında çözüm üretememe ve işlerin kontrolden çıkacağı korku ve kaygısı taşımaktadır (18). Dolayısıyla DTM9 ve DTM3'ün bunaltıcı tip depresyon semptomlarıyla ilişkisi, aşırı stres durumundaki davranışsal örüntüyle (16,17) açıklanabilir.

Melankolik tip MDB'nun başlıca tanı özellikleri; keyif verici uyaranlara karşı tepki vermeme ve hemen hemen tüm aktivitelerde zevk kaybıdır (36). Melankolik depresif hastalarda daha çok psikomotor bozukluklar (40), iştahsızlık ve uyku sorunları gibi belirtiler görülmektedir. Buna ek olarak, günün geri kalanına kıyasla sabahları daha kötü hissetme eğilimindedirler (41). Melankolik tip MDB ile ilişkili bulunan DTM4, yoğun duygusal, melankolik, romantik ve hüzünlü bir iç dünyaya sahip olmakla karakterizedir. Bu özellikler, yemek yemek dahil zaman zaman dış dünyanın günlük gerekliliklerini anlamsız bulma, yalnızlık arzusu şeklinde yaşantılanabilmektedir (17, 39). Dolayısıyla DTM4'ün melankolik tip MDB ile ilişkili saptanması beklenebilecek bir sonuçtur. Ayrıca melankolik MDB'li hastalar, yaygın olarak endişelidirler ve çevre uyarımı için düşük yanıt verme oranına sahiptirler (42). De Winter ve ark. (9) melankolik tip depresyonun tam remisyon sonrası dönemde yüksek HA skoruyla ilişkisini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla çabuk endişelenip kaygılanan ve kaygılandığı durumlarda tepki ver-

mekte zorlanan ve yüksek HA skoruyla ilişkilendirilen (34) DTM6'nın melankolik tip MDB ile ilişkili bulunması beklenebilecek bir sonuçtur. Genellikle yeme-içme-dinlenme gibi fiziksel ihtiyaçlarının düzenli giderilmesine dikkat etme, soğukkanlı olma ve hata ve eksikliklere müdahale etmekten çekinmeme özelliklerine sahip DTM1, stres altında fiziksel sağlığa dikkat etmeme, içedönüklük, çabalamaktan vazgeçmiş tutumları da içermektedir (38) Dolayısıyla DTM1 özelliklerinin melankolik tip MDB ile ilişkili saptanması beklenebilecek bir sonuçtur. DTM5'in melankolik MDB grubunda çıkması ise bizce şaşırtıcı bir sonuçtur. Çünkü DTM5, yaşam olaylarını sürekli olarak akla uygunlaştırarak değerlendirme, mutsuzluk, üzüntü, keyifsizlik gibi ruhsal hallere pek kapılmama gibi özelliklere sahiptir. Doğası gereği içe dönük olma, ilişkilerden uzak kalmayı tercih etme ve yalnız kalmaktan hoşlanma özellikleri düşünüldüğünde normal olabilecek mizaç özelliklerinin melankolik MDB görünümünde değerlendirildiği söylenebilir.

Mevsimsel MDB genellikle, kış aylarında depresyonun başlaması ve yaz aylarında hafiflemesiyle karakterizedir (43). DTM4'ün, çevresel değişimlere duyarlı olma özelliği nedeniyle sonbahar kış aylarında MDB'ye yatkınlık bulunması şaşırtıcı olduğu kadar araştırmacılar tarafından beklenen bir sonuçtur.

Karma tip MDB, kabarmış, taşkın duygudurum, benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri, her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma, düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki birbiriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı, içsel güçte ya da amaca yönelik etkinlikte artma, kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere daha çok ya da aşırı katılma uyku gereksiniminde azalma özellikleriyle karakterizedir (36). DTM7, genel olarak hareketli, enerjik, konuşkan, yeni deneyimlere açık olma, keyif verici aktiviteleri tecrübe etmekten ve riskli davranışlar sergilemekten heyecan duyma ve hızlı çağrışımlara sahip olma özelliklerini taşımaktadır (17). Dolayısıyla MDB'nin DTM7 ile ilişkili bulunması beklenebilecek bir sonuçtur. DTM4 ise farklı ilişkisel deneyimlere açık olma, sıradışı etkinlikler ve deneyimlerle yaşama anlam katmaya çalışma ve çeşitli duygudurumlar arasında hızlı geçişler yaşamaya eğilim özellikleri taşımaktadır (18). Bu nedenle karma tip MDB semptomları sergileyebilir.

Atipik depresyon, uyuşukluk, yorgunluk, hipersomnia, hiperfaji ve kişiler arası ilişkilerden uzak olma ile karakterizedir (42, 44). DTM9 ise ağırkanlı olma, yavaş eyleme geçme, erteleme, yeme-içme, dinlenme gibi duyumsal ihtiyaçlara düşkün olma özellikleriyle karakterizedir (45). Dolayısıyla DTM9'un atipik MDB ile ilişkili olması beklenebilecek bir sonuçtur. Ayrıca az hareket etme, yalnız kalmaktan hoşlanma ve sosyal aktivitelerden uzak durma özelliklerine sahip DTM5'in atipik MDB özellikleri ile ilişkili bulunması olası bir sonuçtur. Atipik MDB aynı zamanda, düşük düzeyde SE ve yüksek düzeyde ÖB özelliklerine sahip bireylerde bulunmaktadır (46). Düşük SE ve yüksek ÖB ile ilişkili olduğu saptanmış olan DTM7 (34) genel olarak canlı, enerjik olma ve olumsuz duygulardan kaçınma özelliklerine sahiptir. Dolayısıyla DTM7'de MDB; evden çıkmama, üzüntü, mutsuzluk, keder şeklinde değil de bunaltı, öfke, huzursuzluk, can sıkıntısı gibi belirtiler üzerinden görünebilmektedir. Depresyon nedeniyle yaşamdan yeterince keyif alamamaya bağlı olarak keyif arayışını daha fazla yeme davranışı üzerinden gerçekleştirebilirler. Doğası gereği hareketli ve olumsuzluklar üzerinde durmaktan kaçınan DTM7 mizacının yaşantıladığı atipik MDB bu nedenle uzmanlar tarafından zor tespit edilebilir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları; DSM-5 de tanımlanan tüm belirleyicileri, ek-tanı alan MDB hastalarını, MDB şiddeti ve tedavi yanıtlarını değerlendirememek, olguların sadece bir kez görülmesi ve verilerin tek merkezden toplanması olarak sıralanabilir.

SONUÇ

Sonuçta mizacın, MDB'daki klinik görünüm farklılıklarının tanınmasında kullanışlı temel parametrelerden biri olduğu saptanmıştır. DTMM'nin mizaç tiplerinin, MDB'nin görülme ve farklı yaşantılanma biçimleriyle (belirteçleriyle) ilişkili bireysel farklılıkları anlama ve açıklamada etkili bir parametre olduğu görülmektedir.

Bununla birlikte birden fazla mizaç tipinin aynı depresyon belirleyicilerinde gruplanıyor olması dikkat çekici bir sonuçtur. Mizaç tipleri açısından bakıldığında; semptom odaklı gruplamaların, aynı semptomları gösteren bireylerin bireysel farklılıklarını açıklamakta sınırlı kaldığı ileri sürülebilir. Bu bağlamda bu çalışmanın konusu olan DTMM'nin MDB'a mizaç temelli yaklaşımı, benzer semptomatik görünümlerinin altında yatan farklı motivasyonları açıklamada yeni bir bakış açısı sunabilir. Bu çalışma, MDB'daki bireysel farklılıkların anlaşılmasında DTMM'nin mizaç tiplerinin kullanışlı bir parametre olduğunu ortaya koyması yönüyle bir başlangıç çalışmasıdır. Gelecekteki çalışmalarla geliştirilebilecek bu bakış açısı, MDB semptomlarının yaşantılamasının altında yatan mizaçtan kaynaklı farklı motivasyonların anlaşılmasını sağlayabilir. Yanı sıra bireylerin mizaç tipine bağlı algı önceliklerine göre hastalığın tetikleyici faktörlerinin farklılığının değerlendirilmesi konusunda araştırmacı ve uygulayıcılara kullanışlı bir model sunulabilir. Ek olarak; MDB'deki bireysel farklılıkların DTMM'de tanımlanan mizaç farklılıkları üzerinden ele alınması, MDB'nin çeşitli klinik görünümlerinin altında yatan farklı etiyolojileri açıklamanın yanında bireysel farklılıklara özgü prognozun takip edilmesinde de etkili bir yaklaşım geliştirilmesine temel olabilir. Ayrıca ileride DTMM tiplerinin gözlem ve görüşme yoluyla klinisyen tarafından tespit edilmesini de içeren, ileri istatistik yöntemleriyle yapılacak çalışmalar mizaç ve depresyonun etiyolojisi arasındaki ilişkilerin açıklanmasına daha fazla bilgi sağlayabilir. Gelecekteki çalışmalarda MDB tanılı bireylerin mizaç ve kişilik özelliklerinin tedavi yanıtlarına olan etkisinin incelenmesi, bireysel farklılıklara uygun tedavi protokollerinin oluşturulmasına katkı sağlayabilir. Bununla birlikte bu çalışma, MDB'ta bireysel farklılıklara uygun mizaç temelli yeni bir bakış açısının başlangıç çalışması sayılabilir.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr., Kerim Uğur, Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, Malatya, Türkiye
premirek@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Rosenström T, Jokela M. Reconsidering the definition of major depression based on collaborative psychiatric epidemiology surveys. J Affect Disord. 2017; 207:38-46.

2. Kudo Y, Nakagawa A, Wake, T, Ishikawa, N, Kurata C, Nakahara, M, et al. Temperament, personality and treatment outcome in major depreression: A 6-Month preliminary prospective study. Neuropsychiatr Dis Treat. 2017; 13: 17–24.

3. Noll R, Styles of Psychiatric Practice, 1906-1925: Clinical evaluations of the same patient by James Jackson Putnam, Adolph Meyer, August Hoch, Emil Kraepelin and Smith Ely Jelliffe. Hist Psychiatry. 1999;10:145-189.

4. Andersen AM, Bienvenu OJ. Personality and psychopathology. Int Rev Psychiatry 2011; 23: 234–247.

5. Watson D, Gamez W, Simms LJ. Basic dimensions of Temperament and the irrelation to anxiety and depression: A symptom-based perspective. J Res Pers 2005; 39: 46–66.

6. Klein DN, Durbin E, Shankman SA. Personality and Mood Disorders. IH Gotlib, CL Hammen, Handbook of Depression, seconded., NewYork, The Guilford Press, 2009, s:93-113

7. Watson D, Clark LA. Depression and melancholic temperament. Eur J Pers.1995; 9: 351-366.

8. Koorevaar AML, Comijs HC, Dhondt AD, Van Marwijk HWJ, Van der Mast RC, Naarding P, et al. Big five personality and depression diagnosis, severity and age of onset in older adults. J Affect D 2013;1: 178–185.

9. De Winter RFP, Wolterbeek RS, Philip ZFG, Goekoop JG. Character and temperament in major depressive disorder and highly anxious-retarded subtype derived from melancholia. Compr Psychiatry. 2007; 48 : 426-435.

10. Kampman O, Poutanen O. Can onset and recovery in depression be predicted by temperament? A systematic review and meta-analysis. J Affect D. 2011;1-3: 20-27.

11. Yılmaz ED, Ünal Ö, Gençer AG, Aydemir Ö, Selçuk Z. Is individual temperament centered psychotherapy possible: A proposal based on nine types temperament model. Int J Emerg Ment Health, 2015; 17:378-388.

12. Yılmaz ED, Gençer AG, Ünal Ö, Palancı M, Kandemir M, Selçuk Zve ark. Relation of nine types temperament model with personality disorders, Dusunen Adam 2016; 29:15-28.

13. Yılmaz ED, Gök C, Ünal Ö, Özkan A, Selçuk Z. A Proposal about a prediction strategy from normality to psychopathology according to nine types temperament model. Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders, 2017;1: 224-241.

14. Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ, Endicott J, Coryell W, Keller M ve ark. Switching from unipolar to bipolar II. An 11-year prospective study of clinical and temperamental predictors in 559 patients. Arch. Gen. Psychiatry 1995;52:114-123.

15. Parker G. Dealing With Depression, Allen & Unwin, Australia, 2002.

16. Yılmaz E D, Gençer A G, Ünal Ö, Aydemir Ö. From enneagram to nine types temperament model: A proposal. Education and Science. 2014; 39: 393-415.

17. Yılmaz ED, Ünal Ö. Aşk-ı Mizaç: Dokuz Tip Mizaç Modeline Göre İlişkilerin Doğası, İstanbul, Say Yayınları, 2015.

18. Yılmaz ED. Kaynak benim. Ankara, Mizmer Yayınları, 2019.

19. Hirvonen R, Väänänen J, Aunola K, Ahonen T, Kiuru N. Adolescents' and mothers' Temperament Types and their roles in early adolescents' socioemotional functioning. Int J Behav Dev 2018; 42:453–463.

20. Cassano GB, Akiskal HS, Musetti L, Perugi G, Soriani A, Mignani V. Psychopathology, temperament and past course in primary major depressions. Psychopathology, 1989; 22: 278-288.

21. Harald B, Gordon P. Meta-review of depressive subtyping models. J Affect Disord. 2012; 139: 126-140.

22. Forbes MK, Rapee RM, Camberis AL, McMahon CA. Unique Associations between Childhood Temperament Characteristics and Subsequent Psychopathology Symptom Trajectories from Childhood to Early Adolescence. J Abnorm Child Psycho, 2017; 45: 1221-1233.

23. Yılmaz ED, Gençer AG, Aydemir Ö, Yılmaz A, Kesebir S, Ünal Ö, Bilici M. Validity and reliability of nine types temperament scale. Education and Science 2014; 39: 115-137.

24. Köse S, Sayar K, Ak I, Kalelioğlu Ü, Aydin N, Kirpinar I, et al. Mizaç ve karakter envanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, güvenirliği ve faktör yapısı. Klinik Psikofarmakol Bülteni 2004; 14: 107-131.

25. Cloninger CR, Svracik DM, Przybeck TR. A psychobiological model of Temperament and character. Arch Gen Psychiatry1993; 50: 975-90.

26. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar HM, İşcan N, Özbay H. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 1996;4: 251-259.

27. Bahçeci B, Karaaslan MF, Orhan FÖ. İlk nöbet majör depresif bozukluk hastalarının mizaç ve karakter profilinin incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Derg 2010;11:299-304.

28. Bensaeed S, Jolfaei AG, Jomehri F. The relationship between majör depressive disorder and Personality Traits. Iranian J Psychiatry. 2014; 9-37.

29. Minelli A, Pedrini L, Magni LR, Rotondo A. Personality traits in an italian sample: relationship with anxiety and depression. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2009; 5: 26-30.

30. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. Can personality assessment predict future depression? A twelve-month follow-up of 631 subjects. J Affect Disord 2006; 92: 35-44.

31. Ehring TTC, Brunna S, Jewgenija F, Silke G, James J. Emotion regulation and vulnerability to depression: Spontaneous versus instructeduse of emotion suppression and reappraisal. Emotion. 2010;10: 563-572.

32. Spielberger CD, Reheiser E.C. Measuring Anxiety, Depression, and Curiosity as Emotional States and PersonalityTraits with the STAI, STAXI, and STPI. Hersen, M. (Ed), Comprehensive Handbook of Psychological Assessment, Canada, Wiley Press, 2004, s.70-86.

33. Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T. (2006). Personality Disorder and The Outcome of Depression: Meta-Analysis Of Published Studies. Br. J. Psychiatry, 2006;188: 13-20.

34. Yılmaz ED, Gençer AG, Ünal Ö, Örek A, Aydemir Ö, Deveci, ve ark. The relationship between nine types temperament model with psychobiological personality model and affective temperament model. Anadolu Psikiyatri Derg 2015; 16: 95-103.

35. Yılmaz ED, Üstündağ MF, Ünal Ö, Örek A, Aydemir Ö, Uğur K, ve ark. Remisyonda Major Depresyonlu Bireylerde Depresyon Alt Tiplerinin Dokuz Tip Mizaç Modeli (DTMM) Tipleriyle İlişkisi. 51. Ulusal Psikiyatri Kongresi (25-29 Kasım 2015, Antalya) Turk Psikiyatri Derg 2015, p.31, Antalya, Turkey

36. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.

37. Yılmaz ED, Ünal O, Gencer AG, Aydemir O, Selcuk Z. Static/unchangeable and dynamic/changeable nature of personality according to the nine types temperament model: A proposal. Int J Emerg Ment Health 2015; 17: 298-303.

38. Yılmaz ED. Öğretmen benim. Ankara, Mizmer Yayınları, 2019.

39. Selçuk Z, Yılmaz ED. Ebeveyn benim: Dokuz Tip Mizaç Modeli'ne göre ebeveyn-çocuk ilişkileri. Ankara, Elma Yayınları, 2016.

40. Parker G, Roy K, Hadzi-Pavlovic D. Subtyping Depression By Clinical Features: The Australian Database. Acta Psychiatr Scand. 2000; 101: 21-8.

41. Juruena MF, Calil HM, Fleck MP, Del Porto JA. Melancholia in latinamerican studies: A distinct mood disorder for the ICD-11. Rev. Bras. Psiquiatr. 2011; 33: 48–S58.

42. Gold PW, Chrousos GP. Organization of the stres system and its dysregulation in melancholic and atypical depression: High vslow CRH/NE states. Mol Psychiatry 2002; 7:254–275.

43. Michalak EE, Wilkinson C, Hood K, Dowrick C. Seasonal and nonseasonal depression: How do they differ?:Symptom profile, clinical and family history in a general population sample. J Affect Disord. 2002; 69: 185-192.

44. Lamers F, Cui L, Hickie IB, Roca C, Machado- Vieira R, Jr. CAZ, Merikangas KR. Familial Aggregation and Heritability of The Melancholic and Atypical Subtypes of Depression. J Affect Disord. 2016; 204: 241-246.

45. Yılmaz ED, Üstündağ MF, Ünal Ö, Palancı M, Gök C, Balki M, Aydemir Ö, Selçuk Z. Psychological Root of Morality: A Proposal According to Nine Types Temperament Model. Clinical Psychiatry 2017;3: 1-7.

46. Joyce PR, Mulder RT, McKenzie JM, Luty SE, Cloninger CR. Atypical depression, atypical temperament and differential antidepressant response to fluoxetine and nortriptyline. Depress Anxiety. 2004;19: 180-186.

Hipnoterapinin obezite hastalarındaki depresyon ve anksiyete düzeylerine etkisi

The effect of hypnotherapy on depression and anxiety levels in obesity patients

Erdal Erşan[1]
[1]Doç. Dr., Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Niğde, Türkiye
https://orcid.org/0000-0002-7104-2908

ÖZET

Amaç: Çalışmanın amacı, sağlıklı ve dengeli beslenmek amacıyla hipnoterapi seansına başvuran obezite hastalarında, uygulanan hipnoterapinin hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerine olan etkisini değerlendirmektir. **Yöntem:** Çalışma grubu; Numune Hastanesi Psikiyatri polikliniğine başvuran, gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden, Beden Kitle İndexleri 30 ve üstü olan, 10 haftalık seansı tamamlayan toplam 60 bireyden oluştu. Katılımcılara ilk önce; bilgi formu düzenlendi ve Beden Kitle İndexleri belirlendi. Her katılımcıya seansa başlamadan önce Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeği uygulandı. Sonrasın da hafta da 1 seans olmak üzere 10 hafta boyunca hipnoterapi seansı uygulandı. On haftalık seans bitiminde tekrar Beden Kitle İndexleri belirlenip Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeği uygulandı. Terapi başlangıcı ve bitimindeki Beden Kitle İndexlerinin, Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeklerinin karşılaştırılması yapılarak hipnoterapinin etkinliği değerlendirildi. **Bulgular:** Beden Kitle İndexleri, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının hipnoterapi öncesi ve sonrası karşılaştırılmasında; anlamlı değişiklikler saptandı ($p<0.001$). Ayrıca Beck Depresyon Ölçeği ile Beck Anksiyete Ölçek puanları arasında anlamlı pozitif bir korelasyonun olduğu da tespit edildi ($p<0.001$). **Sonuç:** Bu araştırma obezite tedavisinde uygulan hipnoterapinin, obezite hastalarındaki depresyon ve anksiyetenin azalmasında etkili olduğunu gösterdi. Bu alanda kontrol grubu oluşturarak, daha fazla kişide ve daha uzun vadede etkinliğini inceleyecek yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Sözcükler: Obezite, Depresyon, Anksiyete, Hipnoz, Hipnoterapi

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2020;23:343-351)
DOI: 10.5505/kpd.2020.41196

SUMMARY

Objective: The purpose of the present study was to investigate the effect of hypnotherapy on depression and anxiety levels of obese patients who were admitted to hypnotherapy sessions for healthy and balanced diet. **Method:** The study sample consisted of 60 individuals who presented to the Psychiatry Polyclinic of Numune Hospital, who volunteered to participate in the study, whose Body Mass Index was 30 and above and who completed 10-week hypnotherapy session. Firstly, the participants' body mass indexes were determined after their "personal information forms" were filled in. Before the hypnotherapy sessions were started, the Beck Depression Inventory and Beck Anxiety Inventory were administered to each participant. After that, hypnotherapy sessions were performed for 10 weeks, one session per week. At the end of a 10-week hypnotherapy session, the participants' Body Mass Indexes were determined again, and the Beck Depression Inventory and Beck Anxiety Inventory were re-administered. Then the effectiveness of hypnotherapy was evaluated by comparing the pre- and post-therapy Body Mass Indexes, and the scores obtained from the Beck Depression Inventory and Beck Anxiety Inventory. **Results:** The comparison of the pre- and post-therapy Body Mass Indexes, and the scores obtained from the Beck Depression Inventory and Beck Anxiety Inventory demonstrated significant differences ($p<0.001$). There was a significant positive correlation between the scores obtained from the Beck Depression Inventory and those obtained from Beck Anxiety Inventory ($p<0.001$). **Discussion:** The present study demonstrated that the use of hypnotherapy in the treatment of obesity was effective in reducing depression and anxiety levels of obese patients. It is recommended that future studies should be performed to investigate the long-term effects of the hypnotherapy and consist of larger samples including a control group.

Key Words: Obesity, Depression, Anxiety, Hypnosis, Hypnotherapy

Makalenin geliş tarihi: 07.08.2019, Yayına kabul tarihi: 30.10.2019

GİRİŞ

Obezite, majör depresif bozukluk (MDB) ve anksiyete bozuklukları, yıllar boyunca çok büyük zorluklar ortaya çıkaran büyük halk sağlığı problemleridir (1,2). Obezite, MDB ve anksiyete bozukluğu günümüzde en ciddi sağlık riskleri haline gelmiştir ve özellikle obezite kardiyovasküler hastalıklar, tip 2 diyabet, ortopedik problemler ve bazı kanser türleri gibi majör kronik hastalıklar ile ilişkilidir (3,4). Birçok çalışma, obezite, MDB ve anksiyete bozukluklarının sıklıkla birlikte ortaya çıktığını ve çift yönlü olarak ilişkili olduğunu bildirmiştir (5). Nigatu ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada; obezite, MDB ve anksiyete bozukluklarının fiziksel ve zihinsel yaşam kalitesi üzerindeki kombine etkilerinin, ayrı etkilerinin toplamından daha büyük olduğu gösterilmiştir (6).

Son yıllarda modern klinik hipnoz ve hipnoterapi giderek daha popüler hale geldi ve dünya çapında daha fazla ilgi gördü. Hipnoz, "öneriye yanıt için arttırılmış bir kapasite ile karakterize odaklanmış dikkati ve azaltılmış çevresel bir farkındalığı içeren bir bilinç hali" olarak tanımlanmaktadır (7).

Hipnoterapi; tıbbi veya psikolojik bozukluklarda tedavi amaçlı olarak hipnozun kullanılması durumudur (7,8).

Bugün hipnoz bir terapi çeşidi olarak (hipnoterapi) bir çok alanda kullanılmaktadır. 1955 yılında İngiliz Tıp Birliği hipnozu resmi olarak tanıdı ve tıp fakültelerinde öğretilmesini tavsiye etti. 1958 yılında Amerikan Tıp Birliği ve Amerikan Psikiyatri Birliği formel olarak, hipnozu güvenli ve etkili bir tedavi olarak tanıdı (9).

Hipnozun tedavi sonuçlarını geliştirdiğini, insanların kaygılarını yönetmelerine, kişisel olarak güçlendiklerini hissetmelerine, ruh hallerini ve görünümlerini geliştirmelerine yardımcı olduğunu gösteren birçok çalışma vardır (10).

Hipnoterapi tıpta; şizofreni, konversiyon bozukluğu ve anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıkların, uykusuzluk, obezite, irritabl barsak sendromu gibi durumların tedavisinde kullanıldığı gibi, akut ve kronik ağrı kontrolünde, sigarayı bırakma veya doğum sırasında psikolojik destek amacıyla da kullanılmaktadır (11, 12). Son zamanlarda yapılan araştırmalar, hipnoterapinin depresyon, anksiyete bozukluğu ve diğer psikolojik bozukluklar üzerindeki önemini göstermektedir (13).

Hipnozun, obezite hastalarında kilo vermeyi kolaylaştırmada hem tek başına hem de diğer terapilerle birlikte etkinliği birçok çalışmada gösterilmiştir. Çok sayıda çalışmanın incelenmesi olan bir meta-analiz, hipnozun hızlı ve etkili bir kilo yönetimi yaklaşımı olduğunu bildirmiştir. Hipnoterapi uygulanan katılımcılar, kontrol katılımcılarının % 94'ünden daha fazla kilo vermişlerdir (14).

Hipnozda kişinin yapmak istediği ama bilinçli düzeyde bir türlü gerçekleştiremediği durumlara yönelik telkinler verilerek onları yapması sağlanabilir. İki önemli hipnoz bilgini tarafından, depresyon tedavisine uyarlanmış hipnotik yaklaşımlar geliştirilmiştir (10,15). Alladin (2010), Beck'in bilişsel terapisi ve hipnozunun bir kombinasyonunun kullanıldığı depresyon için bilişsel hipnoterapi geliştirmiştir (15).

Depresyon hastalarında hipnoz; insanların olumlu bir odaklanma inşa etmelerine ve olumlu düşüncelerini daha iyi kullanmalarına yardım eder, yeni becerilerin kazanılmasını kolaylaştırır, insanları kendilerini daha önce gerçekleştirilenden daha becerikli ve esnek olarak tanımlamaya teşvik eder (sonuç olarak kendilik imajlarını geliştirir) ve insanları iç dünyalarının aktif yöneticileri olarak tanımlar (daha fazla duygusal öz düzenlemeyi teşvik eder) (10).

Son yıllarda; çeşitli şekillerdeki kaygıyı hafifletmek için hipnoz kullanımına ilişkin kontrollü çalışmaların sayısı gittikçe artmaktadır (12). Modern hipnoterapi yaygın anksiyete bozukluğu tedavisinde etkin bir yol olarak kabul edilmektedir (13). Bilişsel-davranışsal hipnoterapi (BHT) olarak da bilinen bilişsel hipnoterapi, anksiyete bozukluklarının tedavisinde de uygulanır. Özel teknikler tarif edilmiş ve gösterilmiştir (16). Hipnoterapi kullanımının çeşitli kaygı problem-

lerinin tedavisinde Bilişsel Davranışcı Terapi (BDT), gevşeme teknikleri ve psikodinamik psikoterapi tedavileri kadar etkili (12,16) ve farkındalık terapisinden daha etkili olabileceğini gösteren çok fazla sayıda çalışma bulunmaktadır (12).

Bu çalışmadaki amacımız; sağlıklı ve dengeli beslenmeyi sağlamak amacıyla hipnoterapi seansına başvuran obezite hastalarında uygulanan hipnoterapinin hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerine olan etkisini değerlendirmektir.

YÖNTEM

Çalışma grubu; psikiyatri polikliniğine başvuran, gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden, Beden Kitle İndeksi (BKİ) 30 ve üstü olan, 10 haftalık seansı tamamlayan toplam 60 bireyden oluştu. Katılımcılara ilk önce; sosyodemografik özelliklerini ve beslenme alışkanlıklarını tespit etmek için yazar tarafından oluşturulan bilgi formu verildi ve sonra boy ve kilo (sabah aç) ölçümleri yapılıp BKİ'leri belirlendi. Her katılımcıya seansa başlamadan önce Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) uygulandı. Bundan sonra haftada 1 seans olmak üzere 10 hafta boyunca hipnoterapi seansı uygulandı. On haftalık seans bitiminde tekrar BKİ'leri belirlenip BDÖ ve BAÖ uygulandı. Terapi başlangıcı ve bitimindeki beden kitle indexlerinin, BDÖ ve BAÖ'lerinin karşılaştırılması yapılarak hipnoterapinin etkinliği değerlendirildi.

Çalışmaya dahil edilme ve dışlama kriterleri

Hipnoterapi seansı için uygun olan ve çalışmaya katılmayı kabul edenler çalışmaya dahil edildi.

Daha önce özellikle depresyon ve anksiyete bozukluğu tanısı konulmuş ve tedavisi süren hastalar olmak üzere, kişinin hipnoz olmasını engelleyen ve/veya çalışma sonucunu etkileyebilecek komorbid herhangi bir ruhsal ve zihinsel problemi (şizofreni, mental retardasyon, alkol ve madde bağımlılığı v.b) olan ve ilaç kullananlar çalışma dışı bırakılmıştır.

Hipnoza yatkınlığın değerlendirilmesi

Çalışma öncesi yazar tarafından katılımcılarla hipnozla ilgili bilgilendirme görüşmesi yapılmıştır. Bu görüşme sırasında hipnoz uygulamaları anlatılmış ve katılımcıların hipnoza yatkınlıkları değerlendirilmiştir. Bu görüşme sonucu uygun olan hastalar çalışmaya dâhil edilmiştir. Katılımcıların hipnoza yatkınlıklarının belirlenmesinde herhangi bir ölçek kullanılmamıştır.

Hipnoterapi seans safhaları

Seans başları-ön konuşma: Birinci kısımda ön konuşmayla hastayla terapötik işbirliğinin kurulması yani güven oluşturma, hipnoz hakkında bilgilendirme, hipnoterapi hakkındaki beklentilerinin değerlendirilmesi, kişinin gerçek dışı beklentilerinin gerçeğe çekilmesi ve kişinin telkin edilebilirliğinin test edilmesi yapıldı. Beslenme alışkanlıkları değerlendirilerek telkin sırasında nelerin uygulanacağı ve yapılacak canlandırma üzerinde anlaşma sağlandı.

İkinci kısımda ikna ediciler, hazırlayıcılar, indüksiyon ve derinleşme telkinleri ile 'hipnotik mind' yapısı oluşturuldu. Hazırlayıcılar ile hasta terapötik telkinlere dikkatini odaklamaya ve yanıt vermeye hazır hale getirildi. Kişiye hipnoza girdiğini düşündüren indüksiyon uygulamaları yapıldı. Derinleşme sağlandıktan sonra; başlangıç ve bitişlerde ego güçlendirme teknikleri uygulandı. Ayrıca seans arasında; terapötik telkin zihinde canlandırma kısmında, katılımcı ile daha önce belirlenen sağlıklı ve dengeli beslenme alışkanlıkları ile ilgili hedeflere ulaşılması için telkinler uygulandı ve bunlara uygun olarak da zihninde canlandırması yapıldı. Sonra kişi çıkış telkinleri ile hipnozdan çıkarıldı.

İlk seanstan sonraki seansların hepsinde, ön konuşma kısmında katılımcı ile beraber genel durum değerlendirilmesi yapıldıktan sonra sağlıklı ve dengeli beslenme ile ilgili telkinler tekrar tekrar uygulandı.

Hipnoterapi seansları yazar tarafından uygulanmıştır.

Ego Güçlendirici öneriler: Hipnoterapötik bağlamda öz yeterliliği artırmak için popüler bir yöntemdir. Ego güçlendirici önerilerin hedefleri kaygıyı ve gerginliği azaltmak ve hastanın problemlerle etkili bir şekilde başa çıkma becerisine olan güvenini kademeli olarak artırmaktır (17).

Etik Boyut: Çalışmanın yapıldığı şehirdeki üniversite tıp fakültesi etik kurulundan 2016-11/25 sayılı kararla onay alınmış ve hastane başhekimliğinden gerekli izinler alınmıştır. Katılımcılara çalışma hakkında bilgi verilmiş ve yazılı onayları alınmıştır.

Bilgi Formu: Hastaların yaş, cinsiyet, kilo alımına sebep olabilecek ilaç veya hastalık durumu, akşam yemeklerinin ağır yiyeceklerden oluşup oluşmadığı, gece beslenmesi olup olmadığı, düzenli egzersiz ve hareket yapma durumu ve diyet uygulama durumunu gösterir bilgilerden oluşmuştur. Bu formdaki beslenme alışkanlıkları ile ilgili sorular hastalar hakkında genel bilgiler edinmek ve seans esnasında yazar tarafından katılımcılara hangi telkinlerin uygulanacağını belirlemek için oluşturulmuştur. Sonucu etkileyeceği düşünüldüğü için katılımcılar araştırma boyunca spor, egzersiz ve diyet yapmamışlardır.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Beck ve ark. (18) tarafından depresyonun davranışsal bulgularını ölçmek amacıyla 1961 yılında geliştirilmiştir. Depresyonun şiddetini ölçmek ve tedavi ile olan değişimleri izleyebilmek amacıyla tasarlanmıştır. Depresyona özgü davranışlar ve semptomlar tanımlanmıştır ve her bir cümleye 0-3 arasında puan verilmiştir. Yirmi bir maddeden oluşmaktadır ve maddeler hafiften şiddetli forma doğru sıralanmıştır. Hastaların şimdiki durumlarını en iyi tanımlayan ifadeleri işaretlemeleri istenmekte ve sonuç puanların toplamı ile elde edilmektedir. Şiddet olarak 0-9=minimal, 10-16=hafif, 17-29=orta, 30-63=şiddetli olarak yorumlanmaktadır. Alt ölçek skorları kognitif affektif faktör ve somatik performans faktör ile hesaplanmaktadır. Ölçek Türkçe'ye Beck Depresyon envanteri ve BDÖ adıyla çevrilmiş, geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (19).

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. Yirmi bir maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Beck ve ark. (20) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve ark. (21) tarafından yapılmıştır. 8-15 puan=hafif düzeyde anksiyete, 16-25 puan=orta düzeyde anksiyete, 26-63 puan=şiddetli düzeyde anksiyete olarak değerlendirilmektedir.

İstatistiki Yöntem: Çalışmamızdan elde edilen veriler SPSS 22.0 programına yüklenerek verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığını ortaya koymak amacıyla Kolmogrov Smirnov testi uygulandı. Grupların normal dağılıma uygun olduğu görüldü. Başlangıç ve bitiş ölçümleri arasındaki farkın anlamlılığını sınamak amacıyla eşleştirilmiş iki grup arasındaki fark testi (Paired-Samples t-test) uygulandı. Yanılma düzeyi 0,05 olarak alındı.

BULGULAR

Çalışmamızda; en az 10 hipnoterapi seansına katılan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 60 obezite hastası değerlendirilmiştir. Hastaların sosyodemografik özellikleri ve beslenme alışkanlıkları

Table 1. Sosyodemografik özellikler ve beslenme alışkanlıkları

Yaş		Ort.	Ss.
		42.67	12.38
		Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	56	93,3
	Erkek	4	6,7
Kilo alımına sebep ilaç veya hastalık durumu	Yok	40	66,7
	Var	20	33,3
Akşam yemeğinin ağır olma durumu	Yok	30	50,0
	Var	30	50,0
Gece beslenmesi durumu	Yok	42	70,0
	Var	18	30,0
Düzenli egzersiz hareket	Yok	48	80,0
	Var	12	20,0
Diyet	Yok	24	40,0
	Başarılı	19	31,7
	Başarısız	17	28,3

Table 2. Hipnoterapi başlangıç ve bitimi grup ortalamaları ve Kolmogorov-Smirnov test sonuçları

				Kolmogorov-Smirnov	
		Ort.	Std. Sap.	z	P
Beden Kitle İndeksi	Başlangıç	33,93	4,88	0,838	0,483
	Bitiş	31,71	4,90	0,558	0,914
Beck Depresyon Ölçeği	Başlangıç	13,25	9,16	0,923	0,361
	Bitiş	9,25	8,56	1,169	0,130
Beck Anksiyete Ölçeği	Başlangıç	15,93	10,84	1,085	0,190
	Bitiş	9,58	8,29	1,296	0,070

Tablo 1'de verilmiştir.

Hastaların yaş ortalaması 42.67±12.38'di. Hastaların 56'sı kadın; 40'ında kilo alımına sebep olabilecek ilaç veya hastalık durumu yok, yarısının akşam yemeği ağır yiyeceklerden oluşuyor, 42'sinde gece beslenmesi yok, 48'i düzenli egzersiz ve hareket yapmıyor, 24'ü şimdiye kadar hiç diyet uygulamamıştı.

Hipnoterapi başlangıç ve bitimi BKİ, BDÖ, BAÖ ortalamaları ve Kolmogorov-Smirnov test sonuçları Tablo 2'de verilmiştir. Buna göre hastaların ortalama BKİ değerleri seans başlangıcında (33.93±4.88) ile seans bitiminde (31.71±4.90), ortalama BDÖ puanları seans başlangıcında (13.25±9.16) ile seans bitiminde (9.25±8.56) ve ortalama BAÖ puanları seans başlangıcında (15.93±10.84) ile seans bitiminde (9.58±8.29) olarak belirlenmiştir. Grupların Kolmogrov Smirnov testiyle değerlerinin normal dağılıma uygun olduğu tespit edildi ($p>0.05$).

Grupların eşleştirilmiş örneklem (Paired Samples) test sonuçları Tablo 3'de verilmiştir. Buna göre başlangıç ve bitiş BKİ değer farkları 2.22±1.47, BDÖ puan farkları 4.00±7.89 ve BAÖ puan farkları 6.35±7.64 olarak bulunmuştur. Bütün gruplarda hipnoterapi seans başlangıç ve bitimindeki farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($p<0,001$).

BKİ değerleri, BDÖ puan ve BAÖ puan farkları arasındaki korelasyon Tablo 4'de gösterilmiştir. Buna göre BDÖ ve BAÖ puan farkları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki ortaya çıkmıştır.

TARTIŞMA

Birçok çalışmada, obezite, MDB ve anksiyete bozukluklarının sıklıkla birlikte ortaya çıktığı ve çift yönlü olarak ilişkili olduğu bildirilmiştir (5). Hipnoterapi psikiyatri alanında yaygın olarak kullanılabilir. Bunlar arasında, anksiyete bozuklukları, uyku bozuklukları, yeme bozuklukları, depresyon, psikoseksüel bozukluklar, bağımlılıklar ve özellikle fobik bozukluklar sayılabilir (22).

Literatürde obezite, depresyon, anksiyete bozukluğu birlikteliği ve bu durum için hipnoterapi uygulanması ile ilgili yapılan birçok çalışma olmasına rağmen; obezite tedavisinde hipnoterapi uygulanan hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerini inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanılmadı. Çalışmamızda sağlıklı beslenme alışkanlıkları edinmek için polikliniğimize başvuran 60 obezite hastası, hipnoterapi seansları başlangıç ve bitiminde, depresyon ve anksiyete düzeyleri açısından değerlendirildi.

Çalışmamızda çıkan sonuçlara göre; katılımcıların hipnoterapi başlangıç ve bitiminde BKİ'leri ölçüm değerleri, BDÖ ve BAÖ puanları arasındaki farklar anlamlı çıkmıştır. Hipnoterapi sonucunda katılımcıların BKİ'leri ölçüm değerleri, BDÖ ve BAÖ puanlarında anlamlı ölçüde azalma görüldü.

Son yıllarda yapılan ve toplam 26 çalışmanın incelendiği bir meta-analizde hipnoterapinin nispe-

Tablo 3. Paired Samples Test Sonuçları

		Eşleştirilmiş Farklar			
		Ort.	Std. Sap.	t	p
Beden Kitle İndeksi	Başlangıç – Bitiş	2,22	1,47	11,676	0,000*
Beck Depresyon Ölçeği		4,00	7,89	3,930	0,000*
Beck Anksiyete Ölçeği		6,35	7,64	6,436	0,000*

*p<0.001

Tablo 4. Grupların Korelasyon Değerleri

		Beden Kitle İndeksleri Farkı	Depresyon Puanları Farkı	Anksiyete Puanları Farkı
Beden Kitle İndeksleri Farkı	Pearson Korelasyon	1	0,158	-0,054
	p		0,229	,680
Depresyon Puanları Farkı	Pearson Korelasyon	0,158	1	0,430**
	p	0,229		0,001
Anksiyete Puanları Farkı	Pearson Korelasyon	-0,054	0,430**	1
	p	0,680	0,001	

**p<0.001

ten kısa bir süre zarfında kilo vermede çok etkili olduğu bildirilmiştir. Bu meta-analizde obeziteye müdahale olarak hipnozun etkinliğini ve hipnoterapiye bilişsel-davranışçı tedavi (BDT) eklemenin kilo kaybı üzerine etkisini ölçen iki meta-analiz yapıldı. İlk meta-analizde hipnoterapi ve kontrol gruplarının karşılaştırıldığı 14 çalışma incelendi. Tedavi sonunda hipnoterapi uygulanan katılımcılar, kontrol katılımcılarının % 94'ünden daha fazla kilo kaybetti. İkinci meta-analizde hipnoterapiyle beraber BDT uygulanan ve sadece BDT uygulanan grupların karşılaştırıldığı 12 çalışma incelendi. Tedavi için BDT'ye hipnoterapi eklenen grup, yalnızca BDT alan grubun % 60'ından daha fazla kilo kaybetti (14). Çalışma sonuçlarımızın, birçok çalışmanın değerlendirildiği bu meta-analizle uyumlu olduğu görülmektedir.

Birçok çalışma hipnoterapinin depresyon belirtilerini azaltmak için çok etkili bir müdahale olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda çıkan sonuçlar literatürdeki birçok araştırmanın sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Milling ve arkadaşlarının (2018) son dönemde yaptığı meta-analizde 13 çalışma değerlendirilmiştir. Aktif tedavi sonunda hipnoterapi uygulanan grup, kontrol grubunun % 76'sından daha fazla iyileşme göstermiştir. Çıkan bulgular hipnoterapinin, Beck'in bilişsel terapisi, davranışsal aktivasyon terapisi, problem çözme terapisi ve kişilerarası terapi gibi popüler ve iyi bilinen tedaviler kadar depresyon semptomlarının tedavisinde etkili olduğunu ortaya koymaktadır (11).

Alladin ve Alibhai (2007), hipnozun depresyon tedavisindeki etkinliğini araştırmak için rastgele seçilen 84 depresif kişiye 16 hafta boyunca, Bilişsel hipnoterapi (BHT) ve bilişsel davranışçı terapi (BDT) uygulamışlardır. Tedavilerin sonunda, her iki gruptaki hastaların durumu, başlangıç sonuçlarına göre önemli ölçüde iyileşmiştir. Bu çalışma, hipnoterapinin depresyon tedavisinde köklü bir psikoterapi yöntemiyle karşılaştırılmasının yapıldığı ilk kontrollü çalışmadır (23). Bilişsel hipnoterapilerin, depresyon ve umutsuzluk semptomlarını azaltmada tek başına Beck'in bilişsel terapisinden daha etkili olduğu bildirilmiştir (15).

Shih ve ark. (2009) depresyon semptomlarının tedavisinde hipnozun etkinliğinin meta-analizinde altı kontrollü çalışma tanımladı. Bu araştırmacılar, hipnoz alan katılımcıların, kontrol katılımcılarının yaklaşık % 72'sinden daha fazla iyileşme gösterdiğini ortaya koymuşlardır (24).

Dwiwedi ve Kotnala'nın 2014 yılında 50 katılımcı ile Hindistan'da ön test ve son test araştırma tasarımıyla yaptıkları çalışmada hipnoterapinin depresyon semptomlarını azalttığını göstermiştir (25).

Çalışmamızda; literatürdeki birçok çalışmaya benzer şekilde hipnoterapinin anksiyete ölçeğinde anlamlı azalma sağladığı da gösterilmiştir. Valentine ve ark.'nın (2019) çok kısa bir süre önce tamamladığı ve 17 çalışmanın değerlendirildiği makaledeki meta-analiz bulguları hipnozun kaygı için oldukça etkili bir müdahale olduğunu göstermektedir. Sonuçlar tedavi sonunda; hipnoterapi grubundaki kişilerde kontrol grubundaki kişilere göre anksiyete azalmasının %79 daha fazla olduğunu göstermiştir. Bu meta-analizde değerlendirilen hipnoz müdahalelerinin, anksiyeteyi hafifletmede, BDT, gevşeme egzersizleri ve psikodinamik psikoterapi kadar etkili olduğu ve farkındalık terapisinden ise daha etkili olduğu görülmektedir. Hipnoterapinin, BDT veya biofeedback gibi diğer tedavilerle birlikte kullanıldığında, bağımsız bir müdahale olarak kullanıldığından daha fazla anksiyeteyi azalttığı görülmüştür. 17 denemeden dördü kombine hipnoterapiyi (örneğin bilişsel-davranışçı terapi) ve 13 deneme bir müdahale olarak tek başına hipnoterapiyi kullanmışlardı

(12).

Fisch ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmada hipnozun sağlıklı bireylerde algılanan stresi azaltma ve başa çıkma üzerindeki etkisini araştıran 9 randomize kontrollü klinik çalışma değerlendirilmiştir. Dokuz çalışmadan altısı, hipnozun kontrol grubuna kıyasla stres azaltımı için anlamlı pozitif etkileri olduğunu bildirmiştir (26).

Hipnozun kanser, cerrahi, yanıklar ve çeşitli tıbbi/dental işlemlerle ilişkili kaygının azaltılmasında etkili olduğu gösterilmiştir. Kendi kendine hipnoz eğitiminin; gerginlik baş ağrıları, migren ve irritabl bağırsak sendromu gibi kaygı ile ilgili rahatsızlıkları etkili bir şekilde tedavi ettiği gösterilmiştir. Genel kaygı bozukluğu ile ilgili 6 hipnoz çalışması da hipnoterapinin etkinliğini göstermiştir (27).

Depresyona en sık eşlik eden rahatsızlık olan anksiyete bozuklukları, eşzamanlı olarak yüksek bir çözülme oranına sahiptir, yani depresyonu tedavi ederseniz beraberinde anksiyeteyi de tedavi edersiniz, bunun tersi de geçerlidir (28). Çalışmamızda yapılan korelasyon test sonuçları bu düşünceyi destekler niteliktedir. Korelasyon test sonuçlarına göre beklendiği gibi depresyon puanları ile anksiyete puanlarının azalması arasında pozitif bir ilişki tespit edildi. Korelasyon test sonuçlarına göre, BKİ ölçüm değerleri ile BDÖ ve BAÖ puan farkları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Buna göre çalışmamızda anksiyete ve depresyon puanlarının azalmasında kilo kaybının bir etkisinin olmadığı söylenebilir.

Hipnoterapinin, depresyon ve anksiyete üzerindeki iyileştirici etkisi konusunda birçok açıklama yapılmıştır. Alladin'e (2010) göre; hipnoterapötik yaklaşım; özellikle tekrarlamalar ile, gevşemeye (iyi hissetme) neden olmakta, depresif döngüyü bozmakta, farklı düşünceleri artırmakta, işlevsiz "gerçekliklerin" yeniden yapılanmasını kolaylaştırmakta ve antidepresif yolların geliştirilmesine yardımcı olmaktadır. Birçok hasta, hipnozun endişesini azalttığını ve daha önce yüzleşmek için çok endişeli oldukları durumları düşünmelerini ve tartışmalarını kolaylaştırdığını belirtmiştir (15).

Yapko (2010) hipnozun, kişiyi güçlendirmeye hizmet ettiğini, yeni kaynaklar keşfetmesi ve geliştirmesi için güçlendirdiğini, kişinin bir engelle veya sıkıntıyla karşılaştığında yön değiştirmeyi teşvik ettiğini bildirmiştir. Hipnoz, insanları; kendilerini keşfetme ve kendini geliştirme yolunu göstererek güçlendirir. Yapko'ya göre, klinisyenin kilit görevi; depresif bireyin, işlerin daha iyi bir şekilde değişebileceği konusundaki olumlu beklentilerini artırmanın yanı sıra, onların olumsuz düşünce, hissetme ve davranış biçimlerini değiştirmektir (10).

Hipnoz sırasında vücudunuz rahatlar ve düşüncelerimiz daha odaklanır. Diğer gevşeme teknikleri gibi (hipnoterapide indüksiyon olarak kullanılır), hipnoz kan basıncını ve kalp atış hızını düşürür ve belirli beyin dalgası aktivitesini değiştirir (29). Klinik hipnoz psikolojik dayanıklılığı arttırır. Orta derecede stres; fiziksel egzersizler ve rehabilitasyon, vücut gevşeme egzersizleri, meditatif teknikler, psikoterapiler, klinik hipnoz ve kendi kendine hipnoz ile hafifletilebilir (30).

Yukarıda bahsedilen etkilerin çoğu seans sırasında uygulanan çeşitli telkin ve tekniklerle olmaktadır. Bunlardan en önemlilerinden birisi çalışmamızda kullandığımız ego güçlendirme önerileridir. Hipnoterapötik ortam içinde öz-yeterliliği artırmak için en yaygın teknik ego güçlendirici öneriler sunmaktır. Ego güçlendirmenin ardındaki ilkeler, endişe, kendinden şüphe etme ve kendi kendine yeniden suçlamaları ortadan kaldırmak ve hastaların kendilerine duydukları güveni ve zorluklarıyla başa çıkma becerilerini aşamalı olarak iyileştirmektir. Bu nedenle, ego güçlendirici öneriler, hastanın kendine güvenini, başa çıkma becerilerini artırmak, pozitif kişisel imaj oluşturmak ve kişilerarası iletişimlerini geliştirmek için genel destekleyici önerilerden oluşur (17). Çalışmamızda uygulanan ego güçlendirme önerilerinin, özellikle depresyon ve anksiyete puanlarındaki azalmanın en önemli nedenlerinden birisi olduğu söylenebilir.

Ayrıca, hastaların hipnoz konusundaki beklentileri, hipnoterapi etkinliğini belirlemede en önemli değişkenlerden biri olabilir. Hipnoz hakkında olumlu beklenti ve inançları olan hastaların hipnoz olarak sunulan tedavilere en iyi yanıtı verdiğine

dair bazı kanıtlar vardır (31).

Her ne kadar hipnoterapinin obezite hastalarındaki depresyon ve anksiyete üzerine olan etkilerini inceleyen çalışmaya rastlanmaması araştırmamızı değerli kılsada çalışmamızın çeşitli sınırlılıkları vardır. Kontrol grubunun olmaması, katılımcı sayısının nispeten düşük olması ve çalışmaya özellikle anksiyete ve depresyonu tespit edilen obezite hastalarının dahil edilmemesi çalışmamızın sınırlılıklarındandır. Sağlıklı ve dengeli beslenme alışkanlığı oluşturmak amacıyla başvuran obezite hastalarının kendi içerisinde hipnoterapi öncesi ve sonrası depresyon ve anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi düşünüldüğünden bu çalışma için kontrol grubu oluşturulmadı. Ayrıca daha önce depresyon ve anksiyete bozukluğu tanısı konulmuş ve tedavisi süren hastalar sonuçları etkileyeceği düşünülerek çalışma dışı bırakılmıştır.

SONUÇ

Günümüzde; obezite, depresyon ve anksiyete bozuklukları hem tek başlarına hem de birlikte oldukça sık görülen tıbbi durumlardır. Bu araştırma obezite tedavisinde hipnoterapinin, obezite hastalarındaki depresyon ve anksiyetenin azalmasında etkili olduğunu gösterdi. Hipnoterapinin, kolay uygulanması, ucuz olması, etkili olması, yan etki potansiyelinin olmaması, gerek tek başına gerekse diğer tedavilere eklenerek uygulanması avantajlarıdır. Bu alanda kontrol grubu oluşturarak, daha fazla kişide ve daha uzun vadede etkinliği inceleyecek yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Yazışma Adresi: Doç. Dr., Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Niğde, Türkiye eerdalersan@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Kelly T, Yang W, Chen CS, Reynolds K, He J. Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. Int J Obes (Lond) 2008; 32:1431–1437.

2. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang PS. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA 2003; 289:3095–3105.

3. Ghoorah K, Campbell P, Kent A, Maznyczka A, Kunadian V. Obesity and cardiovascular outcomes: A review. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care 2016; 5(1):77-85. doi: 10.1177/2048872614523349

4. Kabadi SM, Lee BK, Liu L. Joint effects of obesity and vitamin D insufficiency on insulin resistance and type 2 diabetes: Results from the NHANES 2001–2006. Diabetes Care 2012; 35:2048–2054.

5. Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BW, Zitman FG. Overweight, obesity, and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Arch Gen Psychiatry 2010; 67:220–229. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.2

6. Nigatu YT, Reijneveld SA, deJonge P, van Rossum E, Bültmann U. The combined effects of obesity, abdominal obesity and major depression / anxiety on health-related quality of life: The life lines cohort study. PLoSONE 2016; 11(2):e0148871. doi:10.1371/journal.pone.0148871

7. Elkins GR, Barabasz AF, Council JR, Spiegel D. Advancing research and practice: The revised APA division 30 definition of hypnosis. Am J Clin Hypn 2015; 57:378–385.

8. Lynn SJ, Laurence J, Kirsch I. Hypnosis, suggestion, and suggestibility: An integrative model. Am J Clin Hypn 2015; 57:314-329. Doi:10.1080/00029157.2014.976783

9. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. pp. 463-464.

10. Yapko MD. Hypnosis in the treatment of depression: An overdue approach for encouraging skillful mood management. Int J Clin Exp Hypn 2010; 58:137-146.

11. Milling LS, Valentine KE, McCarley HS, LoStimolo L.M. A meta-analysis of hypnotic ınterventions for depression symptoms: High hopes for hypnosis? Am J Clin Hypn 2018; 61:227-243. doi:10.1080/00029157.2018.1489777

12. Valentine KE, Milling LS, Clark LJ, Moriarty CL. The efficacy of hypnosis as a treatment for anxiety: A metaanalysis. Int J Clin Exp Hypn 2019, 67:336-363. doi:10.1080/00207144.2019.1613863

13. Mathur S, Khan W. Impact of hypnotherapy on examination anxiety and scholastic performance among school children. Delhi Psychiatry Journal 2011; 14:337-342.

14. Milling LS, Gover MC, Moriarty CL. The effectiveness of hypnosis as an intervention for obesity: A meta-analytic review. Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice 2018; 5:29–45.

15. Alladin A. Evidence-based hypnotherapy for depression. Int J Clin Exp Hypn 2010; 58:165-185. doi: 10.1080/00207140903523194

16. Golden WL. Cognitive hypnotherapy for anxiety disorders. Am J Clin Hypn 2012; 54:4, 263-274. doi: 10.1080/00029157.2011.650333

17. Hartland J. Medical and dental hypnosis and its clinical applications (2nd ed.). London: Bailliere Tindall 1971.

18. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4:561-571.

19. Hisli N. Beck depresyon envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği üzerine bir çalışma. Türk Psikoloji Dergisi 1988; 6:118-126.

20. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. J Consult Clin Psychol 1988; 56:893-897.

21. Ulusoy M, Şahin N, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. J Cogn Psychother 1998; 12:28-35.

22. Kraft T, Kraft D. The place of hypnosis in psychiatry: Its applications in treating anxiety disorders and sleep disturbances. Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 2006, 34:187-203.

23. Alladin A, Alibhai A. Cognitive hypnotherapy for depression: An empirical investigation, Int J Clin Exp Hypn 2007; 55:147-166. doi:10.1080/00207140601177897.

24. Shih M, Yang YH, Koo M. A meta-analysis of hypnosis in the treatment of depressive symptoms: A brief communication. Int J Clin Exp Hypn 2009; 57:431-442. doi: 10.1080/00207140903099039.

25. Dwivedi SK, Kotnala A. Impact of hypnotherapy in mitigating the symptoms of depression. Indian Journal of Positive Psychology 2014; 5:456-460.

26. Fisch S, Brinkhaus B, Teut M. Hypnosis in patients with perceived stress– a systematic review. BMC Complement Altern Med 2017; 17:323. doi: 10.1186/s12906-017-1806-0

27. Hammond DC. Hypnosis in the treatment of anxiety- and stress-related disorders. Expert Rev Neurother 2010; 10:263–273.

28. Barlow D. Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. Am Psychol 2000; 55:1245–1263.

29. Eitner S, Wichmann M, Schultze-Mosgau S, Schlegel A, Leher A, Heckmann J, Heckmann S, Holst S. Neurophysiologic and long-term effects of clinical hypnosis in oral and maxillofacial treatment—A comparative interdisciplinary clinical study. Int J Clin Exp Hypn 2006; 54:457-479.

30. Satsangi AK, Brugnoli MP. Anxiety and psychosomatic symptoms in palliative care: From neuro-psychobiological response to stress, to symptoms' management with clinical hypnosis and meditative states. Ann Palliat Med 2018; 7:75-111.

31. Schoenberger NE, Kirsch I, Gearan P, Montgomery P, Pastyrnak SL. Hypnotic enhancement of a cognitive behavioral treatment for public speaking. Behavior Therapy 1997; 28:127–140.

Psychometric properties of Compulsive Internet Use Scale (CIUS): A systematic review and meta-analysis

Zorunlu İnternet Kullanim Ölçeğinin (CIUS) psikometrik özellikleri: Sistematik bir inceleme ve meta-analiz çalışması

Masumeh Ghazanfarpour[1], Hossein Dabiriyan Tehrani[2], Nasrin Khajeali[3], Abbas Keshtkar[4], Masoudeh Babakhanian[5]

[1]Phd, Student Research Committee, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran https: //orcid.org/0000-0003-4639-3711
[2]Phd, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran https://orcid.org/0000-0002-0802-0810
[3] Phd, Medical education, Ahvaz Jundishapour University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran https: //orcid.org/0000-0003-4929-812X
[4]Phd,Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran https: //orcid.org/0000-0002-7305-8639
[5] Phd, Student Research Committee. Psychiatry and Behavioral Research Centre. Addiction Institute. Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Mazandaran, Iran. https: //orcid.org/0000-0002-6128-8023

SUMMARY

Objective: This article performs a systemic review of psychometric properties and factor structure of the Compulsive Internet Use Scale (CIUS), the scale for assessing Internet addiction behavior in clinics and research fields. **Method:** Studies measuring psychometric properties and factor structure of CIUS (original version) were searched through MEDLINE in PubMed, SCOPUS, Pub Psych, google scholar and SID & Iran medex (Iranian database). A total of 18 studies (24 samples) including 44,198subjects were reviewed in our study. **Results:** Based on meta-analysis for internal consistency, the pooled Cronbach's alpha coefficient from all study was 0.47(95percent confidence interval [CI], 0.46-0.49). Based on meta-analysis for internal consistency adolescence subgroup was 0.48 (95percent confidence interval [CI], 0.45–0.51), and addicted to behavior addiction subgroup was 0.48 (95 percent CI, 0.44–0.51), in general population subgroup was 0.47(95percent confidence interval [CI], 0.42-0.53), in university student subgroup was 0.47(95percent confidence interval [CI], 0.43-0.51), in internet user was 0.45(95percent confidence interval [CI], 0.43-0.47), by cultural of country for collectivistic society was 0.49(95percent confidence interval [CI], 0.46-0.52), and individualistic societies was 0.46 (95 percent confidence interval [CI], 0.44-0.47) and based quality assessment subgroup for study was 0.47(95percent confidence interval [CI], 0.46-0.49). **Discussion:** Future studies should be conducted on the multiethnic population and cross-cultural designee. Future studies should be developed and reported based on the COSMIN checklist.

Key Words: Compulsive Internet Use Scale, psychometric, reliability, validity, systematic review, meta-analysis

ÖZET

Amaç: Bu makalede, kliniklerde ve araştırma alanlarında internet bağımlılığı davranışını değerlendirmek için bir ölçek olan Zorunlu İnternet Kullanım Ölçeğinin psikometrik özelliklerinin ve faktör yapısının sistematik bir incelemesi yapılmıştır. **Yöntem:** Bu çalışmalar CIUS'nin yapısal faktörlerinin psikometrik özelliklerini ölçmektedir. MEDLINE in PubMed, SCOPUSE, Pub Psych, google scholar, SID ve Iranmedex'te (İran veritabanı) arama motorları kullanıldı. Bu çalışmada toplam 18 makale (24 örnek) incelenmiştir. **Bulgular:** Tüm çalışmalarda Cronbach Alfa meta analizinin sonuçları 0.47 idi (% 95 güven aralığı 0.46-0.49). Farklı alt gruplarda Cronbach alfa meta analizinin değeri aşağıdaki gibidir: gençler alt grubunda 0.48 (% 95 güven aralığı 0.45-0.51), üniversite öğrencileri alt grubunda 0.47 (% 95 güven aralığı 0.43-0.51) davranış bağımlıları alt grubunda 0.48 (% 95 güven aralığı 0.44-0.51) Genel popülasyon alt grubunda 0.47 (% 95 güven aralığı 0.42-0.53), internet kullanıcılarında 0.45 (% 95 güven aralığı 0.43-0.47), kolektivist sosyal kültür olarak sınıflandırılan ülkeler için 0.49 (% 95 güven aralığı 0,46-0,52) ve bireyci sosyal kültürü olan ülkelerde 0,46 (% 95 güven aralığı 0,44-0,47), çalışmaların nitel değerlendirmesine göre 0,47 (% 95 güven aralığı 0,46-0,49) idi. **Sonuç:** Gelecekteki çalışmalar çok etnikli ve kültürlerarası topluluklar üzerinde tasarlanıp uygulanmalıdır ve ayrıca faaliyetlerini standart COSMIN kontrol listesine göre tasarlayıp uygulamalıdır.

Anahtar Sözcükler: Geçerlilik, güvenilirlik, sistematik inceleme, meta-analiz

(Turkish J Clinical Psychiatry 2020;23:352-363)
DOI: 10.5505/kpd.2020.81489

The arrival date of article: 23.09.2019, Acceptance date publication: 15.12.2019

INTRODUCTION

Due to technological advances and increased access to information technology, in the past two decades, internet addiction has been a growing phenomenon that has become a global concern (1). It includes addiction to social media, digital entertainment, video games, pornography, shopping, and texting (2,3). Since this disorder is still unknown, it is not mentioned in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–5)(2); however, the recent findings suggest that it should be included (3). The internet users show symptoms similar to drug users such as spending excessive time in conducting the behavior, repeated and unsuccessful attempts to control or stop that behavior, having low control over behavior, and mental and social deprivation and retardation (4). This disorder leads to serious harms such as lack of exercise, inappropriate nutrition, smoking, high-risk behaviors, and occupational, educational, and social harms (5).

The first internet addiction assessment tools were created in the mid-1990s, according to clinical gambling and drug addiction definitions in DSM; all included many questions about this type of behavioral addiction (6-8). However, Meerkerk et al. (2009) developed a tool to assess the intensity of compulsory use of the internet in the Netherlands which showed a good psychometric property among the general population; it included 14 items and 1 factor (9). This tool included tolerance, withdrawal symptoms, loss of control, preoccupation, conflict, coping, and lying about involvement; these are drug addiction symptoms in the fourth edition of diagnosis and statistical guide to psychiatric disorders and pathological gambling addiction as well as Griffiths benchmark for behavioral addiction (9). This tool is shorter than other similar tools and its use is more convenient in online surveys (9).

After creating this tool, its psychometric properties were investigated in different cultures and languages in different countries on various population groups such as internet users, gamblers, students, etc. However, this study aimed to investigate the factor structure and validity and reliability of the CIUS scale in all existing versions based on controversial findings for the structure of this tool in different groups.

METHOD

Aim of the study

The psychometric properties and validation of the "compulsive Internet use scale" questionnaire have recently gained the attention of researchers. Recent studies have found the psychometric properties of this scale in some user groups, cultures and populations. “compulsive Internet use scale” is a diagnostic instrument and has validity and reliability for both healthy and clinical groups in children and adults.

So, we conducted a review study to investigate the reliability and validity of CIUS, since its emergence The goal of this study is to investigate the factor structure, the validity, and reliability of the "CIUS" scale about the inconsistent constructs captured by this scale among different populations. Moreover, CIUS scores of individuals in different groups of people investigated. (for example, people with internet addiction; people with gambling disorders, healthy people and ….)

Research questions

1. Does the CIUS have adequate evidence of reliability and validity?

2. Reviewing the psychometric properties of the Compulsive Internet Use Scale (CIUS) Considering the quality of study in different samples and places around the world.

The link of the registered protocol in the research gate is available on https://www.researchgate.net/publication/332318778_Structural_factors_of_Compulsive_Internet_Use_Scale_CIUS_In_healthy_and_clinical_populations_a_systematic_review.

To this end, we reported the Meta-analysis of coefficient alpha, risk of bias of These studies,

Sensitivity analysis and publication bias and results of fit indices (for e.g.; X^2, df, CFI, GFI, TLI, RMSEA) for each of these studies, as well as, cut-off point, validity, and reliability.

Searches: We search in electronic bibliographic databases like MEDLINE in PubMed, SCOPUS, Pub Psych, google scholar and SID & Iranmedex (Iranian database) for this study. Also, other databases reviewed (for gray literature) [e.g, conference paper, key journal, …]. The search strategy used the keywords of (Compulsive Internet Use Scale or CIUS) AND (Reliability OR validity OR Psychometrics OR Factor Analysis OR exploratory factor analysis OR confirmatory factor analysis OR CFA OR EFA OR Cronbach's alpha OR Test-Retest Reliability). In our review, there was no language or date restriction. We also checked the bibliographies of related articles to detect any studies not retrieved via the above mentioned electronic databases.

Start date of searching electronic databases until the 01/01/2018 date of searching.

Participants/population

All patients with psychological disorders and healthy groups of different ages and both genders included.

Papers in which CIUS is used as a scale in data collection and their results included.

Inclusion criteria

(a) Studies are needed to assess the factor structure of the CIUS using confirmatory factor analysis.

(b) the appropriate fit indices (e.g. X^2, CFI, GFI, TLI, SRMR, RMSEA) for tested models should be reported in the studies.

(c) Studies should be full text, peer-reviewed and written in English or any other languages.

Exclusion criteria: studies without adequate quality after assessment and study that used the short form of CIUS.

Intervention(s), exposure(s): This review study does not focus on a specific intervention.

Main outcome(s): CIUS is a short and easy instrument that has recently caught the interest of researchers and practitioners. Up to now, several psychometric validations of CIUS have been carried out in different languages and cultures. in this study, we gathered the internal consistency, Factor-structure, reliability, factor structure and validity of the CIUS.

Data extraction (selection and coding)

After evaluation of included data using COSMIN tool (10), we used a standardized form in excel for the following information extracted from each paper:

- Primary information: authors, title, year of publication, language, place

- Study characteristics: country, sample size, participants, intervention details like type and number of groups

- Participants: age, gender, target group

- Outcomes: Measurement properties (a type of results)

Two authors independently extracted data from the included studies. Disagreements resolved by discussion.

To assess cultural differences concerning this scale, the current project incorporated each country's score on collectivism versus individualism, per Hofstede's cultural values framework (11). The Hofstede definition of a highly collectivistic society leans toward "a tightly-knit social framework". On the contrary, individualistic societies refer to "a loosely-knit social framework" (11).

Risk of bias (quality) assessment: To assess the risk of bias for each of the included studies, each item assigned "low-risk bias" score when the data of the study was completed, "moderate" score when the data was incomplete and "high-risk bias" when the data was missing.

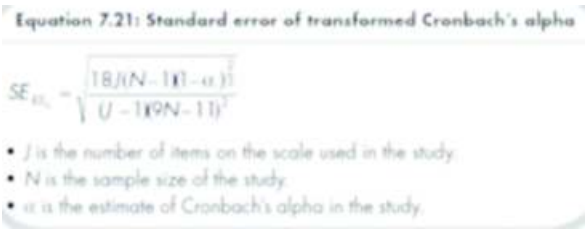
Strategy for data synthesis: Although different approaches of meta-analyzing reliability results have been introduced, we relied on the method outlined by Rodriguez and Maeda (12) for Cronbach's alpha. This method based on a transformation of Cronbach's alpha as the effect size(13).

Equation 7.20: Transformation of Cronbach's alpha for meta-analysis

$ES_\alpha = \sqrt{1-\alpha}$

- α is the estimate of Cronbach's alpha in the study

The standard error of the transformed internal consistency relies on a function of the number of items on the scale employed in the investigation, the amount of sample size, and the estimation of internal consistency itself (12)


Equation 7.21: Standard error of transformed Cronbach's alpha

$$SE_{ES_\alpha} = \sqrt{\frac{18J(N-1)(1-\alpha)^2}{(J-1)(9N-11)^2}}$$

- J is the number of items on the scale used in the study
- N is the sample size of the study
- α is the estimate of Cronbach's alpha in the study

Following computing the pooled transformed internal consistency (and confidence interval limits or predicted values at various levels of moderators), the back-transform were applied to the more interpretable Cronbach's alpha (13):

Equation 7.22: Back-transformation of Cronbach's alpha

$\alpha = 1 - ES_\alpha^2$

- α is the internal consistency Cronbach's alpha
- ES_α is the transformed internal consistency found in the meta-analysis

The decision to apply the random-effects model was derived from our interpretation of whether or not most primary studies included shared the same methodology. Because there exist varieties and differences in methodology (methodological heterogeneity), the random effect model was applied. All analyses were carried out using Stata V.13 software (Stata Corp LP, College Station, Texas, USA) through a personal laptop.

Assessment of heterogeneity: Heterogeneity among included studies was assessed by the p-value of the Q Cochrane test and I2 statistic, which estimates the proportion of variability in the meta-analysis caused by differences between studies(14). Per the Cochrane guidelines, the degree of heterogeneity was interpreted as follows: (a) 0–40 percent: not significant; (b) 30–60 percent: moderate; (c) 50–90 percent: substantial; and (d) 75–100 percent: considerable(15). Inconsistency was examined by subgroup analysis. The factors exerting an influence on the variation of effect size were also assessed by meta-regression.

Publication bias and sensitive analysis: To address possible small study effects, "funnel plot," "Egger's test and test of Begg," and "Fill and trim method" were applied. The performing of sensitivity analysis was applied to deal with the robustness of systematic review outcomes. In this regard, the visual representation of sensitive jackknife was conducted to recognize the primary research showed the highest change from pooled EFFECT SIZE. Different items also address the essential sources of these changes.

Risk of Bias assessment: We used the COSMIN Risk of Bias checklist for systematic reviews for judgment of risk of bias(General design, Reliability, Internal structure, and Structural validity) in this study(16).

Funding: This study was partly supported by Grant Number 19, Ethic code IR.MAZUMS.REC.1398.019 and Approval Date: 2019-02-20 from the Mazandaran University Of Medical Sciences.

RESULTS

Included study: During the advanced search,1170 primary studies were identified. After Eliminated

Table-1. The COSMIN checklist for methodological quality of studies

Authors. Reference	1	2	3	4	5	6	Quality assessment
Meerkerk et al..(9)	High	low	high	high	high	low	high
Alavi et al..(17)	Low	low	high	high	low	high	Moderate
Downing et al..(18)	High	high	high	high	low	low	High
Wartberg et al..(19)	High	high	high	high	high	low	High
Guertler et al..(20)	high	high	low	low	high	low	moderate
Guertler et al..(21)	Low	high	high	low	low	high	moderate
Peukert et al..(22)	High	low	low	low	low	low	low
Dhir A et al..(23)	Low	high	high	low	high	high	high
Dhir A et al..(24)	Low	high	high	low	high	high	high
Khazaal Y et al..(25)	high	low	low	high	high	low	moderate
Khazaal Y et al..(26)	High	high	low	high	high	low	high
Kuzucu Y et al..(27)	High	low	high	high	high	high	high
Silva Sales A et al..(28)	High	low	high	high	high	low	high
Roseline YK-F et al..(29)	Low	low	high	high	high	high	high
Bteich G et al..(30)	High	low	high	low	low	low	low
Chaillot EC et al..(31)	High	low	high	high	low	low	moderate
Barke A et al..(32)	Low	high	high	high	high	high	high
Jacqueline M et al(33)..	High	high	high	high	high	high	high

1- Do the scales have effect indicators, the meaning is a reflective model a basis?
2- Was the percentage of missing items presented?
3- Was there adequacy for the sample size in the analysis?
4- Was there adequacy for the sample size in the internal consistency analysis?
5- Was exploratory or confirmatory factor analysis carried out for Classical Test Theory(CTT)?
6- Were test- retests carried out?

studies, after limiting search, non-relevant article, duplicate, screened by title and abstract, screening the full text, Finally, 19 articles were considered eligible for meta-analysis (Figure 1).

Quality of study: After the evaluation of included data using the COSMIN tool (10), involving internal consistency, reliability, content validity, structure validity, and construct validity. Within this checklist, measured aspects of construct validity and internal consistency assessed using 6 questions (Table1).

Study characteristics: A total of 18 studies (24 samples) were included in the qualitative systematic review (Table 2). The included articles were published between 2009 and 2018. In total, 44,198subjects were identified among 18 studies.

General characteristics of included studies for meta-analysis: 18 studies(24 samles) tested for internal consistency, quality assessment and subgrouping by cultural countries. seven for the adolescence target group, 5 for the addicted to the behavioral target group, 4 for the general population target group, 6for university student target group and 2 for internet user target group(see fig 2,3,4,5).

Sensitivity analysis and publication bias: The per-

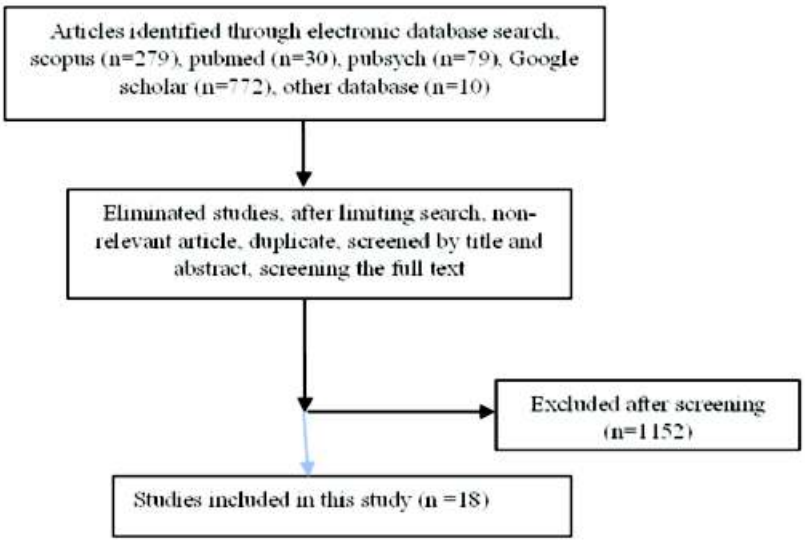


Figure 1. PRISMA flowchart for selection of primary studies

Table 2. The characteristic of studies included in - systematic review and meta-analysis

	Authors, Year, Reference	Version	Target group	Age	Sample size	Internal consistency (alpha)	Main Results(number of factor and item, Score of CIUS, results of EFA and CFA and Reliability)
1	Meerkerk et al.2009,(9)	Dutch	Study1-heavy Internet users	38.5± 12.5	447(226 female and 227 Male)	0.89	This scale has 1 factor and 14 items on a 5-point Likert scale. standardized factor loadings between 0.48 and 0.69. good fit: RMSEA :0.054 and CFI:0.98, X^2: 160.3, df:72.
			Study2-heavy Internet users	15-18	229	0.89	This scale has 1 factor and 14 items on a 5-point Likert scale. The factor loadings were between 0.45 and 0.70. Confirmatory factor analysis on the 14 items with one factor and including the five correlated error terms. RMSEA :0.053 and CFI:0.96, X^2: 208.5, df:72.
			Study3-regular Internet users	25.3±10	16925(13100 Male and 3825 Female)	0.90	This scale has 1 factor and 14 items on a 5-point Likert scale. Factor loadings ranging from 0.54 to 0.73 and good fit: RMSEA :0.054 and CFI:0.98, X^2: 3497.0, df:72.
2	Alavi et al.2011,(17)	Iranian	university student	22.9±4.05	400(287 Male and 113 women)	0.89	reliability or test-retest(r=0.83)
3	Downing et al.2014,(18)	New York	man on man pornography use	32.9±12.5	265 Male	0.92	A principal components analysis revealed a single-component and 13-item and explained 52.45% of the variance.
4	Wartberg et al.2014,(19)	German	juvenile	15.5±1.12	1723(50%Male and 87250%Female)	0.92	The First model was rejected and in the second model, the Fit indices:516.78, The values for the RMSEA (0.060), the SRMR (0.032), the CFI (0.968), and TLI (0.959), X^2: 0.060, df:72
5	Guertler et al.2014,(20)	German	student	35.24±13.79	8132(4.155Male and 3.977Female)	0.89	one factor and five correlated errors. RMSEA (0.027), the SRMR (0.029), the CFI (0.966), and AIC (268.123), X^2: 485, df:72. mean CIUS score was 8.84 (SD= 7.46) and a range of 0–52.
6	Guertler et al.2014,(21)	German	Gamblers	35.28±11.93	292(237Male and 55Women)	0.90	cut-off ≥ 18 (sensitivity 79.7%, specificity 79.4%).
7	Peukert et al.2012,(22)	German	university student	18-54years	2506	0.93	Confirmatory factor analysis showed single factor. Error correlations: Items 1-2, 6-7, 8-9, 10-11, 12-13.
8	Dhir A et al.2015,(23)	Indian	Study A: adolescent Internet users	33.5±10.2	2383(1412Male, 950Female)	0.87	Mean CIUS score was 33.5±10.2. one-factor solution for the 14-item CIUS. Variance explained for Factor1 :38.06% and for Factor2 : 10.39%. Fit indices for Model A: x2/df:(10.61),CFI:(0.86), GFI:(0.90), TLI:(0.84),RMSEA:(0.09) AND for Model B : x2/df:(4.37),CFI:(0.95), GFI:(0.96), TLI:(0.94),RMSEA:(0.05).
			Study B-adolescents	14.67±3.44	1036(592Male, 399Female)	0.86	Mean CIUS score was 27.32±9.13. one-factor solution for the 14-item CIUS. Variance explained for Factor1 :38.06% and for Factor2 : 10.39%. Fit indices for Model A: x2/df:(8.18),CFI:(0.88), GFI:(0.92), TLI:(0.86),RMSEA:(0.08) AND for Model B : x2/df:(3.62),CFI:(0.96),

continued Table 2. The characteristic of studies included in - systematic review and meta-analysis

10	Khazaal Y et al.2011.(25)	Arab	general population	17.6 ± 2.9	186(91Male, 95Female)	0.78	This scale has 1factor and 14 item. Mean CIUS score 22 (8.6). Model A: X2/df:2.13, CFI:0.78, RMSEA:0.09. Model B: X2/df:1.53, CFI: .90, RMSEA: 0.06
11	Khazaal Y et al.2012.(26)	French	community and students	23.3 ± 5.9	126(20Male, 106Female)	0.91	This scale has 2 factor and 14 item. Average CIUS score= 13.6 (9.7). Model A: X2/df :2.57, CFI: 0.84, RMSEA: 0.11. Model B: X2/df :1.84, CFI: 0.92, RMSEA: 0.08.
12	Kuzucu Y et al..(27)	Turkish	high school adolescents	17.3±1.3	409(229Male and 180Female)	0.91	This scale has 1 factor and 14 items. Model A: X2/df: 3.2, CFI: 0.95, RMSEA: 0.09.
13	Silva Sales A et al.2017.(28)	Brazilian	Study1- general population	19.4±4.8	235(114Male and 116Female)	0.94	Confirmatory factor analysis showed 1 factor and 14item. RMSEA = 0.11, CFI = 0.95; $\chi 2/df = 4.88$, TLI=0.94)
			Study2- the general population	21.6±4.63	297 (147Male and 150Female)	0.91	
14	Roseline YK-F Et al.2017.(29)	Japanese	internet user	16-60years	623(324Male, 299Female)	0.91	Confirmatory factor analysis showed 3 factors and 14item. RMSEA = 0.06; CFI = 0.973; $\chi 2/df = 2.1$) by allowing the errors of a few items (items 3 and 4; items 4 and 12; items 6 and 7; item 7 and item 7) to co-vary, as indicated by the modification indices.
15	Bteich G et al.2017.(30)	Arab	university student	18-60 years	614	0.81	This scale has 1factor and 14 items. The mean CIUS score was 20.66±9.16.
16	Chaillot EC et al.2012.(31)	Island	university student	20-71 years	497(321Male, 127Female)	0.92	This scale has 1factor and 14 items and explained 47.89 % of the variance. KMO=(0.914 , Pvalue<0.05). The factor loadings were between 0.31 and 0.61.
17	Barke A et al.2013.(32)	German	Multiplayer Gaming	23.3±6.4	935(730Male, 205Female)	0.86	The mean CIUS-WoW score in Subsample 1 (n = 489) across all participants was 15.5±8.7 and in Subsample 2 (n = 446)was 15.2±8.6. This scale has 2factor and 14 items. The PCA revealed two components, which together explained 47% of the variance. Results of the confirmatory factor analysis (n= 446) In Model 2: X2/df :3.91, CFI: 0.88, RMSEA: 0.081, SRMR:0.055.
18	Jacqueline M et al.2015(33).	Netherland	twins	15.6±1.33	5247(2094Male, 3153Female)	0.91	Reliability:0.55, The number of item:14. The mean CIUS score was 10.45±8.76.

forming of sensitive jackknife reports that before carrying out one out method, the pooled effect size is 0.894, 95% CI [0.885, 0.903]. The visual representation of sensitive analysis displays that the nearly most primary studies are located surrounding the overall effect size. However, removing the studies of 9 and 20 show the greatest changes.

To assess publication bias, the visual representation of the funnel plot illustrates that the pattern of data concerning effect size is homogeneous. In this sense, the publication bias is perceived to be ignorable (see Figure 6).

The non-significant results for the Begg test (z= .92, p=0.35) bear wittiness to the fact that the publication biases are ignorable.

The coefficient of bias and p-value in the Egger test are equated to -1.644 (p=0.56). Similar to the Begg test, publication bias is assumed to be ignorable.

Conducting the trim and fill method shows that two studies were added. According to the overlapping

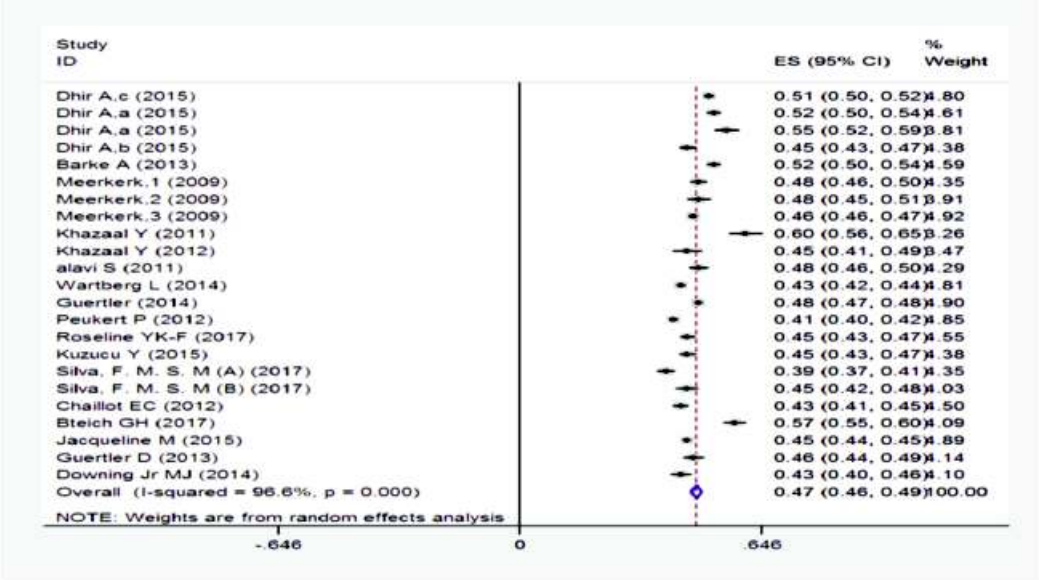


Figure 2. Forest plot of Cronbach's a for all studies

between their confidence intervals, it could be argued that no-considerable difference was detected between the result of the overall effect size of this study and the trim and fill method. Likewise, the P-value in the estimated random model is ($p<0.001$). The significant p-value is indicative of the fact that the findings of this study are hardly altered by the modification of publication bias. This fact, in turn, suggests that publication bias, in this study, believe to be ignorable.

DISCUSSION

As far as I know, this is the first systematic review and meta-analysis were conducted to Psychometric Properties of Compulsive Internet Use Scale (CIUS).

Many variables affect the heterogeneity level in subgroups. The location of distributing questionnaires, time, sampling method, demographic characteristics of subjects, and common errors in standardizing CIUS questionnaire may cause heterogeneity in findings; the small sample size may also cause bias. However, the "risk of bias assessment" section helps to determine the generalizability of studies.

The researchers can employ the Item Response Theory (IRT) to deeply evaluate the psychometric properties of the items, thereby predisposing a higher sense of confidence to include only key items in the tool.

Moreover, the classic test theory (CTT) was utilized for our analyses. However, the assumption of not related to errors in classical test theory may not hold in every case, e.g. when common valuation methods, reversed or worded test items too, social desirability, or overlapping details of items are ready(34). Therefore, the Item Response Theory model should be administered to finalize the questionnaire for obtaining accurate data using a larger sample of >1000. The approving can be known by longitudinal data. It will be very beneficial for Clients to evaluate for psychiatric disorders because the cases refer to outpatient clinic with various emotional and behavioral problems (35). Both the research and the clinic can profit from valid and reliable tools in the future but still wanted to unravel basic mechanisms and consequences.

Limitations and suggestions for future

The bias selection could influence our data because of the purposive sampling method that was used for the random sampling method, which means limiting probably the generalizability of our results. One of the main limitations of the meta-analysis is high Heterogeneity among subgroups and groups. However, sensitivity analysis, subgroup analysis, and Meta-regression were conducted to detect potential resources of high heterogeneity.

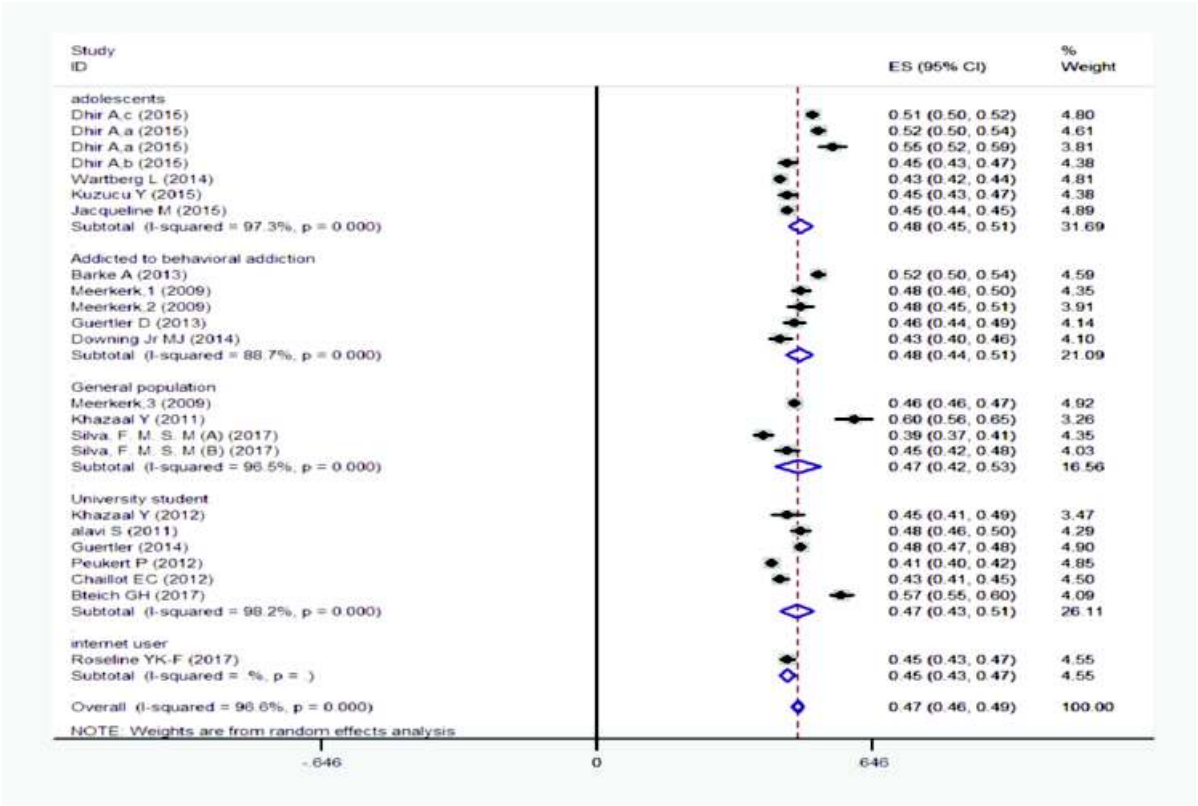


Figure 3. Forest plot of Cronbach's a for all subgroups

Subgroup analysis was undertake based on the culture of countries, quality of studies, population study (adolescents, addicted to behavior addiction, general population, university student). However, subgroup analysis and Meta-regression were unable to detect the reason for high heterogeneity. The performing of sensitive jackknife showed that removing the studies of 9 and 20 show the greatest changes. Further qualitative research is needed to design to detect high heterogeneity.

Moreover, The short version of this tool was not included in the analysis. It is recommended to study them too.

Limitation of the Meta-analysis is that several methods were conducted to calculate whether the

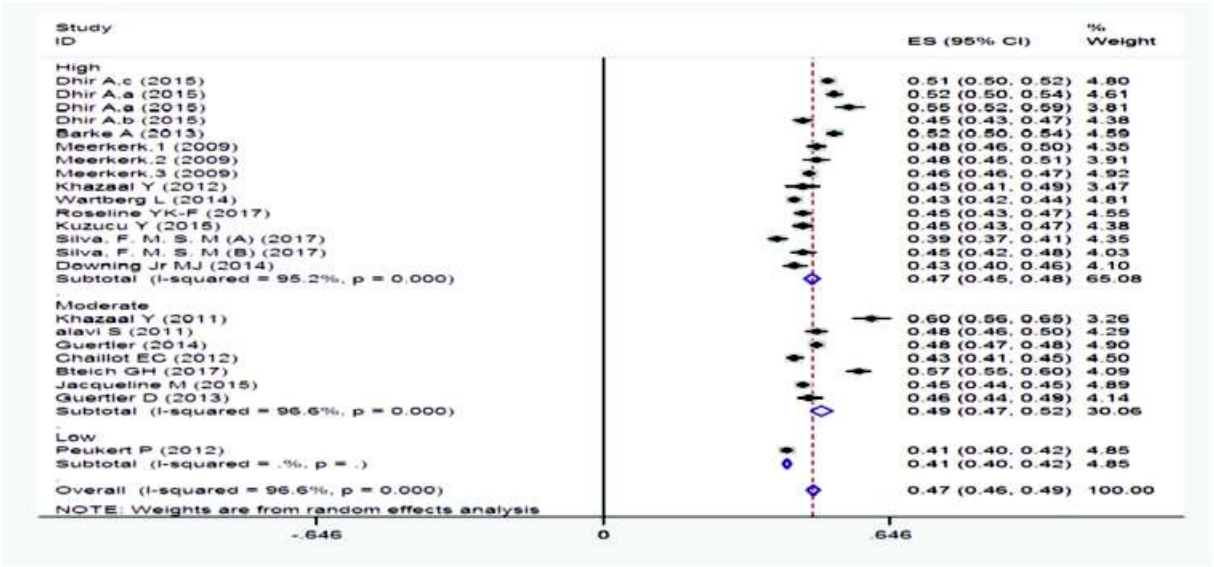


Figure 4. Forest plot of Cronbach's a for quality assessment of studies

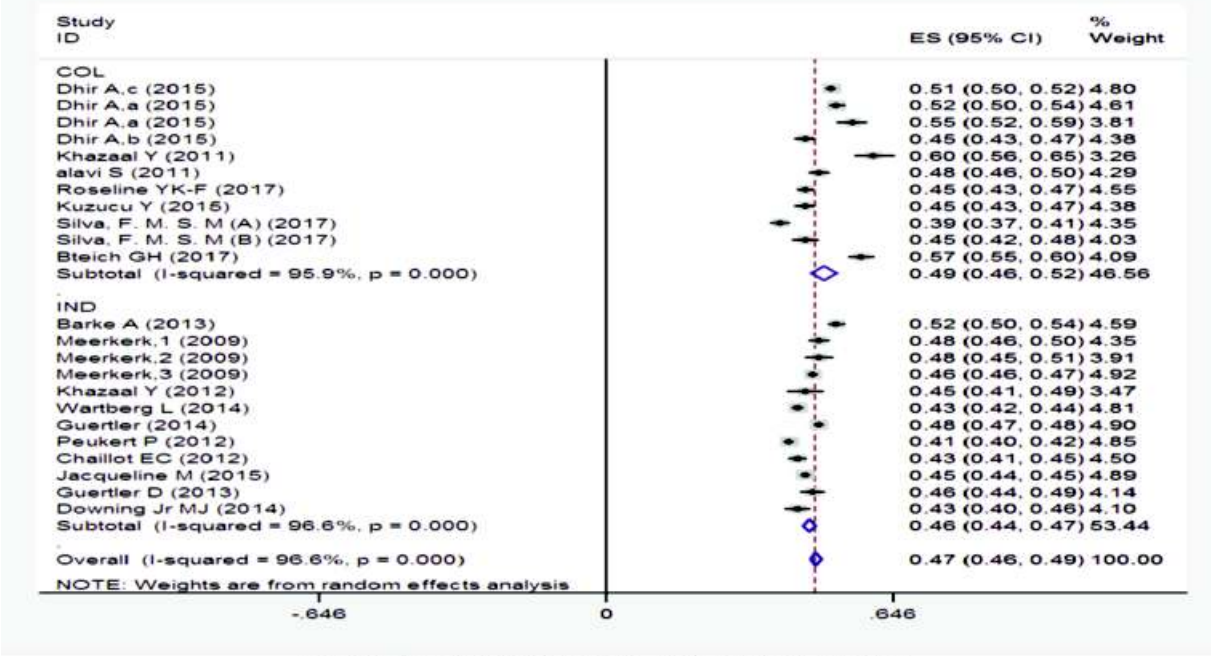


Figure 5. Forest plot of Cronbach's a for culture of countries

sample size is adequacy or not for example popular one method is Monte Carlo Basis of the rule of thumb (36). Based on the rule of thumb lit is highly suggested to have at least five cases for each item to conduct an exploratory factored analysis. Some studies did not enough sample size for study and internal consistency. Almost half of the study did not perform the test- retests carried out. As far as I know, there were not any studies to be conducted based on Item Response Theory, this important should be conducted in future studies. The post-analysis power through assessing the adequacy of the sample size was not assessed in any of the studies' limitations, missing percentage of items and how they were handled was not underlined in any of the studies. Also, they did not report KMO that was considered as an indication to assess the adequacy of sample size. Psychometric Properties of Compulsive Internet Use Scale (CIUS) were assessed in many countries, for example, Japanese, and German, Iran, etc. Future studies should assess the factorial structure in other communities.

CONCLUSION

Based on the current Evidence reliability of the questionnaire is adequate as a screening tool for assessing the Compulsive Internet Use with Cronbach alpha. However, future studies should be conducted on the multiethnic population and cross-cultural designee. Future studies should be developed and reported based on the COSMIN checklist.

Correspondence address: M.D. Masoudeh Babakhanian, Student Research Committee. Psychiatry and Behavioral Research Centre. Addiction Institute. Mazandaran University of Medical Sciences. Sari, Mazandaran, Iran babakhanian.m@gmail.com

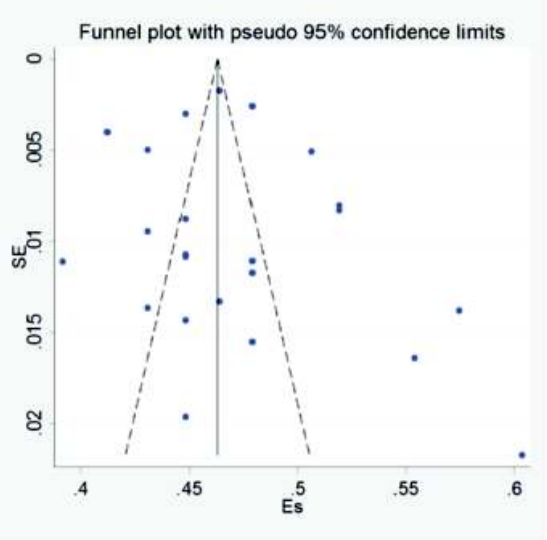


Figure 6. Funnel plot.

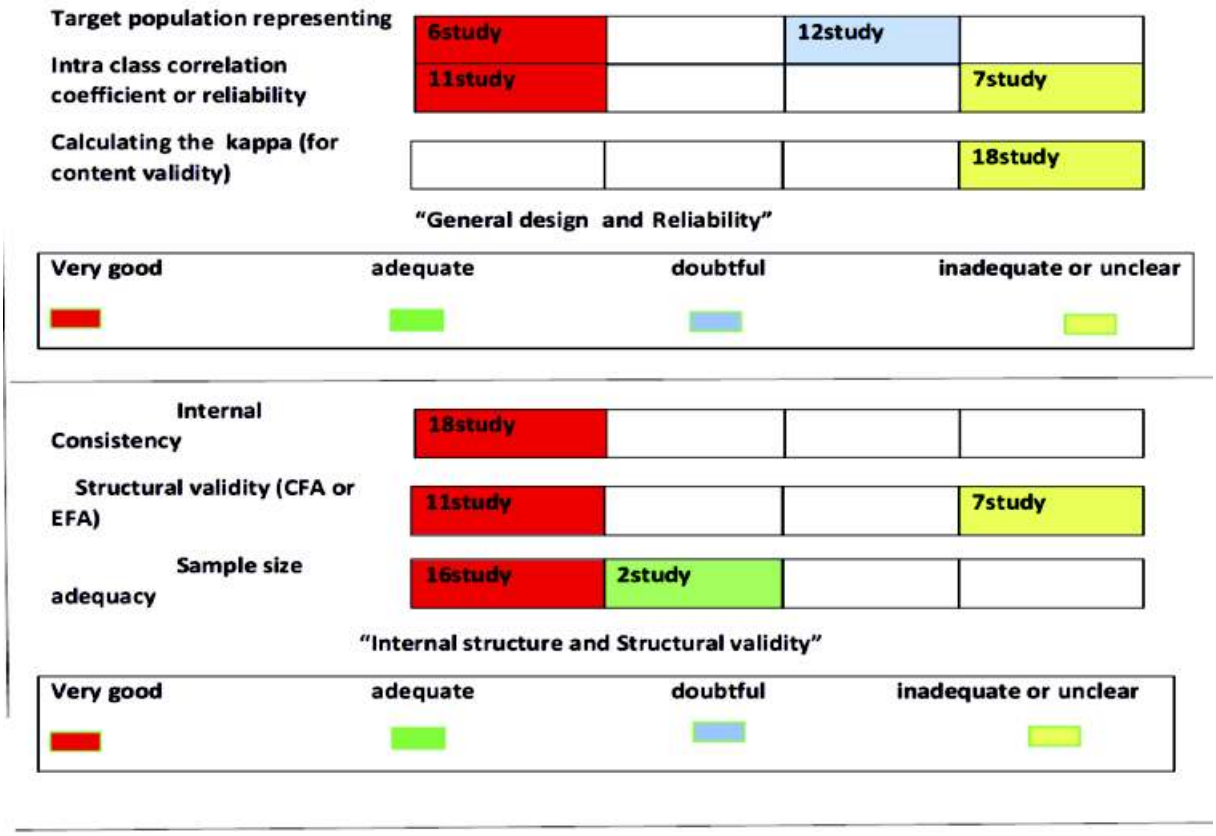


Figure 7. Assessment of the methodological quality of 18 studies by COSMIN Risk of Bias checklist for systematic reviews(16)

REFERENCES

1. Casaló LV, Escario J-J. Predictors of excessive internet use among adolescents in Spain: The relevance of the relationship between parents and their children. Computers in Human Behavior. 2019;92:344-51.

2. Young K. Internet addiction: diagnosis and treatment considerations. Journal of Contemporary Psychotherapy. 2009;39:241-6.

3. Wiederhold BK. Stop scrolling, start living: The growing reality of internet addiction disorder. Mary Ann Liebert, Inc. 140 Huguenot Street, 3rd Floor New Rochelle, NY 10801 USA; 2018.

4. Grant JE, Potenza MN, Weinstein A, Gorelick DA. Introduction to behavioral addictions. The American journal of drug and alcohol abuse. 2010;36:233-41.

5. Durkee T, Carli V, Floderus B, Wasserman C, Sarchiapone M, Apter A, et al. Pathological internet use and risk-behaviors among European adolescents. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2016;13:294.

6. Brenner V. An initial report on the online assessment of Internet addiction: The first 30 days of the Internet usage survey,[cited 2009 May 29]. Avaiable from: URL: http://www ccsnet com/prep/pap/pap8b/638b/012p tx. 1996.

7. Young K. Internet addiction survey. Retrieved May. 1996;5:2006.

8. Chou C, Chou J, Tyan N-CN. An Exploratory Study of Internet Addiction, Usage and Communication Pleasure. 1998.

9. Meerkerk G-J, Van Den Eijnden RJ, Vermulst AA, Garretsen HF. The compulsive internet use scale (CIUS): some psychometric properties. Cyberpsychology & behavior. 2009;12:1-6.

10. Mokkink L, Terwee C, Patrick D, Alonso J, Stratford P, Knol D, et al. The COSMIN checklist manual. 2009. Amsterdam, Netherlands: VU University Medical Center. 2016.

11. Hofstede G. The interaction between national and organizational value systems [1]. Journal of management studies. 1985;22:347-57.

12. Rodriguez MC, Maeda Y. Meta-analysis of coefficient alpha. Psychological methods. 2006;11:306.

13. Card NA. Applied meta-analysis for social science research: Guilford Publications; 2015.

14. Higgins J, Green S. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1. 0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. Available from www. cochrane-handbook. org. Accessed August. 2011;29.

15. Deeks JJ, Higgins JP, Altman DG. Analysing data and undertaking meta-analyses. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions: Cochrane book series. 2008:243-96.

16. Tseng OL, Spinelli JJ, Gotay CC, Ho WY, McBride ML, Dawes MG. Promoting bone health management in women diagnosed with breast cancer: a pilot randomized controlled trial. Archives of Osteoporosis. 2018;13(1).

17. Alavi SS, Jannatifard F, Eslami M, Rezapour H. Survey on

validity and reliability of diagnostic questionnaire of internet addiction disorder in students users. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences. 2011;13:34-8.

18. Downing Jr MJ, Antebi N, Schrimshaw EW. Compulsive use of Internet-based sexually explicit media: Adaptation and validation of the Compulsive Internet Use Scale (CIUS). Addictive Behaviors. 2014;39:1126-30.

19. Wartberg L, Petersen K-U, Kammerl R, Rosenkranz M, Thomasius R. Psychometric validation of a German version of the compulsive Internet use scale. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking. 2014;17:99-103.

20. Guertler D, Broda A, Bischof A, Kastirke N, Meerkerk G-J, John U, et al. Factor structure of the compulsive internet use scale. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking. 2014;17:46-51.

21. Guertler D, Rumpf H-J, Bischof A, Kastirke N, Petersen KU, John U, et al. Assessment of problematic internet use by the compulsive internet use scale and the internet addiction test: A sample of problematic and pathological gamblers. European Addiction Research. 2014;20:75-81.

22. Peukert P, Steffen S, ElKasmi J, Barth GM, Meerkerk G-J, Batra A. Faktorielle Struktur der deutschen Version der Compulsive Internet Use Scale (CIUS) nach konfirmatorischer Faktorenanalyse. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie. 2012.

23. Dhir A, Chen S, Nieminen M. A repeat cross-sectional analysis of the psychometric properties of the Compulsive Internet Use Scale (CIUS) with adolescents from public and private schools. Computers & Education. 2015;86:172-81.

24. Dhir A, Chen S, Nieminen M. Psychometric validation of the Chinese compulsive internet use scale (CIUS) with Taiwanese high school adolescents. Psychiatric Quarterly. 2015;86(4):581-96.

25. Khazaal Y, Chatton A, Atwi K, Zullino D, Khan R, Billieux J. Arabic validation of the compulsive internet use scale (CIUS). Substance abuse treatment, prevention, and policy. 2011;6:32.

26. Khazaal Y, Chatton A, Horn A, Achab S, Thorens G, Zullino D, et al. French validation of the compulsive internet use scale (CIUS). Psychiatric Quarterly. 2012;83:397-405.

27. Kuzucu Y, Ozdemir Y, Ak S. Psychometric properties of a Turkish version of the compulsive internet use scale. European Scientific Journal, ESJ. 2015;11(1).

28. Sales HFS, de Jesus Lopes B. Adaptação da escala de uso compulsivo de Internet para avaliar dependência de smartphone. Avances en psicología latinoamericana. 2018;36:155-66.

29. Yong RKF, Inoue A, Kawakami N. The validity and psychometric properties of the Japanese version of the Compulsive Internet Use Scale (CIUS). BMC psychiatry. 2017;17:201.

30. Bteich G, Berbiche D, Khazaal Y. Validation of the short Arabic UPPS-P impulsive behavior scale. BMC Psychiatry. 2017;17:244.

31. Chaillot EC, Ingason H. Internetnotkun meğal háskólanema. Şığing og forprófun á Compulsive Internet Use Scale (CIUS).

32. Nyenhuis N, Barke A. The Compulsive Internet Use Scale (CIUS) adapted to assess excessive multiplayer gaming. Journal of Addiction Research & Therapy. 2013;4(05).

33. Vink JM, van Beijsterveldt TC, Huppertz C, Bartels M, Boomsma DI. Heritability of compulsive I nternet use in adolescents. Addiction biology. 2016;21(2):460-8.

34. Podsakoff P, MacKenzie S, Lee J, et al. Common method biases in behavioral research: a critical review of the literature and recommended remedies. J Appl Psychol. 2003; 88:879–903.

35. Özlem Hekim, Zeynep Goker, Hilal Aydemir, Esra Çöp, Gülser Dinç, Özden Üneri. Internet addiction and its relation with psychopathology in adolescents: A cross-sectional study (tur). T J Clin Psy. 2019; 22:329-337

36. Najjari F AM. Deaths Due to Poisoning Referred to Legal Medicine Organization of Iran. RJMS. 2004;11:309-16.

Şizotipi kavramı ve şizotipal kişilik bozukluğu

The concept of schizotypy and schizotypal personality disorder

Emre Mısır[1], Köksal Alptekin[2]
[1]Uzm. Dr., Yozgat Şehir Hastanesi, Psikiyatri Kliniği,Yozgat, Türkiye https://orcid.org/0000-0001-8953-1171
[2]Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, İzmir, Türkiye https://orcid.org/0000-0002-7601-9002

ÖZET

Şizofreni pozitif, negatif belirtiler, bilişsel bozulma, dezorganizsayon ve benzeri boyutlardan oluşan ve bu boyutların farklı düzeylerde kesişimi nedeniyle farklı görünümlerle karşımıza çıkan bir bozukluktur. Şizofreni benzeri tabloların tanımlanması ilk olarak şizofreni hastalarının ailelerinde psikoz benzeri belirtilerin bir yığılım gösterdiği izlenimine dayanmaktadır. Sonrasında yapılan çalışmalarda paranoid, şizoid ve şizotipal kişilik bozuklukları bu spektrumda şizofreniyle karşılaştırılarak incelenmiştir. Özellikle şizotipal kişilik bozukluğunun bir kişilik bozukluğu olmaktan çok farklı şizotipi boyutlarının bir arada ve yoğun olarak görüldüğü, ilerleyici olmayan bir şizofreni spektrum bozukluğu olduğu düşüncesi giderek baskın hale gelmektedir. Kişilik bozuklukları içinde şizofreni ile en fazla genetik ortaklığı bulunan şizotipal kişilik bozukluğudur. Şizotipi terimi ilk kez şizofreni benzeri psikoz fenotipi olarak tanımlanmıştır. Günümüze kadar yapılan çalışmalarla şizotipinin, tıpkı şizofreni gibi farklı boyutlarının olduğu ve bu boyutların klinik olmayan populasyonda ve psikoz riski altındaki bireylerde yaygın olarak karşılığının olduğu gösterilmiştir. Aynı zamanda şizofreni ve şizotipinin birbiriyle ilişkili boyutlarının benzer nörobiyolojik temelleri olduğu bulunmuştur. Tanımı gereği şizofreni prodromu ancak şizofreni gelişmiş hastalarda geriye yönelik adı konabilecek bir durumdur. Bu nedenle şizotipal kişilik bozukluğu ve yüksek şizotipi şizofreni prodromunu yansıtmaktan ziyade yelpazenin içinde yer alan bir yatkınlık göstergesidir. Psikoz etiyopatogenezinin aydınlatılması, şizofreninin erken tanısı, duyarlılaştırıcı etkenlere müdahale ve psikotik kırılmanın önlenmesi açısından sınırda yer alan bu olguların tanımlanması önem taşımaktadır.

Anahtar Sözcükler: Şizotipi, şizotipal kişilik bozukluğu, yüksek psikoz riski

SUMMARY

Schizophrenia is a disorder that consists of positive, negative symptoms, cognitive impairment, disorganization and various dimensions and manifested as several clinical appearances because of different intersections of these dimensions at different levels. The description of the schizophrenia-like clinical picture is based primarily on the finding that psychosis-like symptoms have accumulated in families of patients with schizophrenia. The following studies have examined paranoid, schizoid and schizotypal personality disorders in this spectrum by comparing them to schizophrenia. The idea intensely becomes more dominant in the literature that especially schizotypal personality disorder (SPD) is a non-progressive schizophrenia spectrum disorder in which different dimensions of schizotypy are seen together rather than a personality disorder. Among the personality disorders, SPD has the strongest genetic relationship with schizophrenia. The term schizotypy was first described as a schizophrenia-like psychosis phenotype. To date, studies have shown schizotypy has different dimensions, such as schizophrenia, and that reflections of these dimensions are common in non-clinical populations and individuals at risk for psychosis. At the same time, several studies found related dimensions of schizophrenia and schizotypy have similar neurobiological bases. As per the definiton of prodrome is a condition can only be defined retrospectively in patients with schizophrenia. Therefore, schizotypal personality disorder and high schizotypy are predisposition indicators within the spectrum rather than reflecting the schizophrenia prodrome. Identifying of these borderline cases is important for uncovering etiopathogenesis of psychosis, early diagnosis of schizophrenia, intervention to predisposing factors and prevention of psychotic break.

Key Words: Schizotypy, schizotypal personality disotder, high risk for psychosis

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2020;23:364-374)
DOI: 10.5505/kpd.2020.27576

Makalenin geliş tarihi: 08.08.2019, Yayına kabul tarihi: 04.12.2019

GİRİŞ

Kraepelin tarafından tanımlanan "dementia preacox"a ilişkin bazı temel özelliklerin farklı şiddetlerde, açık olmayan şekilde görülebildiği Bleuler tarafından gözlemlenmiştir. İlk kez Kraepelin ve Bleuler'in şizofreni hastalarının akrabalarında tam olarak şizofreni semptomatolojisini göstermeyen ancak tuhaf davranış ve kişilik özelliklerine sahip bireyler olduğuna işaret etmesinin ardından, yapılan çok sayıda çalışmada şizofreni akrabalarında ve genel toplumda mantıklı düşünmede bozulma, tuhaf algısal yaşantılar, motivasyon kaybı gibi şizofreni benzeri belirtilerin sanılandan yaygın olduğu gösterilmiştir (1). Yapılan gözlem ve izlem çalışmalarında bu vakaların önemli bir kısmının şizofreniye dönüşmediği, stabil seyrettiği ortaya konmuştur. Psikoz ve nevroz sınırında bulunan olguların şizofreni spektrumuna dahil edilmesi için net ölçütler olmamakla birlikte ailesel yığılım göstermeleri ve benzer belirti kümelerini paylaşmaları esas olarak alınmıştır. Daha sonra Kety ve arkadaşları psikotik bozuklukların ortak bir ailesel yığılım göstermesi nedeniyle tüm bu bozuklukları kapsayan şizofreni spektrumu terimini tanımlamıştır (2). Günümüzde yapılan çalışmalar büyük oranda bu spektrum içinde farklı görüngülerde ortaya çıkan psikotik tabloların birbirinden ayrıldığı ve kesiştiği düzeylerin araştırılmasına dayanmaktadır.

Şizofreni spektrumunun incelenmesinde psikozun farklı yanlarını yansıtan boyutları içinde barındırması, risk altında olmayan bireylerdeki örüntüleri de anlamaya olanak vermesi açısından şizotipi kavramı önem taşımaktadır. Özellikle son 20 yılda yapılan izlem, toplum tabanlı ve kesitsel çalışmalar ise boyutsal ve yarı boyutsal yaklaşımın birlikte ele alındığı hibrid yaklaşımın şizotipinin yapısını daha iyi ortaya koyduğunu, nörogelişimsel ve genetik bozukluğu açıklamada daha iyi bir model olduğunu, risk altındaki bireyler ve diğer psikiyatrik hastalıklarda şizotipinin rolünü yüksek güçte öngördüğünü göstermektedir(3). Bu yazıda şizotipi, şizotipal kişilik bozukluğu ve bunların kategorik bir tanı olarak şizofreni ile ilişkisi ile şizofreni araştırmalarındaki yerleri tartışılmıştır.

Şizotipi Kavramı ve Gelişimi

Şizofreni spektrumundan bahsedilirken literatürde şizotipi, şizotipal kişilik, geniş psikoz fenotipi, psikoz yatkınlığı, psikoz benzeri yaşantı gibi kavramların sıkça birbirinin yerine kullanıldığı görülmektedir. Bu durumun sınırdaki olgulara yaklaşımda bulanıklığı arttırdığı görülmektedir. Belirti düzeyinde bakıldığında, afektif ve nonafektif psikotik bozukluklar ile risk altındaki bireyler dışında sağlıklı populasyonda da görüldüğü bilinen "psikotik yaşantılar" şizotipiden farklı olarak psikotik belirtilerin gelip geçici ve silik formlarıdır (3). Şizotipi ise süreklilik gösteren bir örüntüyü ifade etmektedir. Atenüe psikoz sendromu ve yüksek psikoz riski ise yalnızca pozitif belirtilerin sıklık, şidddet ve işlevsellik üzerine etkisine göre tanımlanan farklı klinik antitelerdir (4). Şizotipi klinik bir durumu göstermemekte, sözgelimi şizotipisi olan bir bireyden değil şizotipi düzeyi yüksek bir bireyden bahsedilebilmektedir. Farklı sınıflandırma yaklaşımları bulunmakla birlikte şizotipi en çok kullanılan yaklaşımda, şizofreni belirtilerini yansıtacak şekilde pozitif şizotipi, negatif şizotipi ve dezorganize şizotipi olmak üzere birbiriyle etkileşim ve geçişlerin olduğu gösterilen üçlü model ile açıklanmaktadır (2,5). Farklı boyutların ne kadar ön planda olduğuna göre görünüm değişmektedir. Şizotipal kişilik bozukluğu ise değişmez ve farklı klinik özellikleri içeren bir kişilik yapısına işaret etmektedir. Şizotipi kavramının farklı anlama gelen kullanımlarının önüne geçilmesi için aynı zamanda kavramın gelişiminin tarihsel bir perpektifte ele alınması gerekmektedir.

Şizofreni ile ilişkili ancak psikotik bir fenotipi tanımalamak için şizotipi, ilk kez Sandor Rado (1953) tarafından tuhaf davranış ve düşünceler, çabuk sinirlenme, sosyal izolasyon, şüphecilik, büyüsel düşünce gibi özellikleri kapsayan "şizofreni benzeri fenotip" anlamında kullanılmıştır (3,4). Genetik yatkınlığın derecesine bağlı olarak şizofreni şiddetinin hafiften şiddetliye doğru süreklilik gösterdiğini belirtmiştir. Daha sonra Meehl (1962) şizotipiyi şizofreniye genetik yatkınlığı gösteren bir kişilik organizasyonu olarak kavramsallaştırmış ve genetik zemine oturtmuştur. Meehl'in modeline göre psikoza neden olan dominant bir gen (şizogen) varlığında beyinde sinaptik

kontrol mekanizmasının yaygın olarak bozulduğu bir nöronal entegrasyon kusuru olan hipokrisi oluşmakta ve hipokrisi yatkınlığı gösteren latent bir durum olan şizotaksiye neden olmaktadır (6,7). Çevresel etkenlerin ve şizogenin ifadesini arttıran diğer genlerin etkisiyle bazı şizotaksik bireyler şizotipal kişilik örüntüsü geliştirmektedir. İlk önermesinde şizotipinin dört temel klinik bulgusunu haz alma kapasitesinde eksiklik, ambivalans, sosyal anksiyete ve çağrışımlarda hafif gevşeme olarak tanımlamıştır. Modelde zaman içinde değişiklikler yapmıştır. Örneğin anhedoninin birincil olabileceği gibi, sosyal korku ile ilgili aversif kaçınmaya ikincil olarak ortaya çıkabileceğini, yani çekirdek şizotipinin hedonik kapasitede azalmaya yol açabileceğini öne sürmüştür (8). Daha sonra Tsuang ve ark. (2002) tarafından şizotaksinin modeline dair yapılan güncellemede negatif belirti ve nörolojik (nörobiliş, silik nörolojik belirtiler) belirtilerin temelde olduğu öne sürülmüştür (7). Meehl şizotipiyi sınırları belirli ve toplumda %10 oranında görülen, bu bireylerin de %10'unun şizofreniye dönüştüğü klinik bir antite olarak tanımlamıştır (4). Bununla birlikte artık şizofreninin poligenik kalıtım gösterdiği bilinmektedir. Aynı zamanda çok sayıda gen ve allel arasındaki etkileşim ve gen-çevre etkileşiminin fenotipi belirlediği düşünülmektedir (3). Şizotaksi kavramı bu haliyle günümüzde tam anlamıyla psikoz spektrumunun etiyopatogenezini açıklamada geçerli görünmemekle birlikte "şizotipal kişilik bozukluğu"nun DSM- III'te yer bulmasına aracılık etmiştir (7). Bunun yanında Meehl modelinin klinik olmayan populasyonu incelemeye olanak tanımaması nedeniyle uyuma hizmet eden örüntülerden işlevselliğin bozulduğu psikotik kırılmaya geçişte etkenlerin neler olduğunu araştırmaya imkan tanımamasından dolayı kullanışlı olmadığı öne sürülmektedir (2).

Kişiliğin tüm boyutlarının kalıtılabilir olduğu ve aynı zamanda normal-hastalık düzeyleri arasında bir yelpazede süreklilik göstediğini öne süren Eysenck şizotipiyi psikotisizm, ekstraversiyon, nörotisizm olmak üzere üç faktörle açıklamaktadır (9). Eysenck'in tanımladığı psikotisizm beklendiği üzere daha çok pozitif belirtilerin hafif düzeydeki yansımalarını içerirken, günümüzde bazı kişilik modellerinde psikotisizmin psikopati ile yakın bir kullanımı olduğu vurgulanmalıdır. Bunun nedeninin şizofreniyi şiddet içeren davranışlarla yakın gören bir anlayışın yansıması olduğu belirtilmektedir (10). Genetik modelleme açısından Eysenckian model günümüz anlayışına daha çok uymakla birlikte özellik (trait) ve hastalık ayrımını yapmaması ile eleştirilmektedir. Eysenk modeline benzer şekilde Claridge (1997) şizotipiyi psikozun sürekliliği bağlamında açıklamıştır (11). Ona göre normal kişilik yapısının bir özelliği ve genel toplumda kişilerarası farklılıkların bir parçası olarak şizotipi genetik, çevresel özellikler ve mizaç özelliklerinin bileşkesini yansıtır ve hem klinik hem de subklinik düzeyde normal dağılıma uyacak şekilde bir süreklilik göstermektedir. Buna anksiyete ve anksiyete bozuklukları arasındaki ilişkiyi örnek göstermektedir. Bu modelde şizotipi diğer birçok etken gibi şizofeni oluşumunda gereklidir ama en önemli faktör olmayabilir. Şizotipinin her zaman hastalıkla ilişkili olmadığını, uyuma yönelik kişilik özelikleri olarak da hizmet edebileceğini öne sürmüş ve mutlu şizotip (happy schizotype) kavramını öne sürmüştür. Mutlu şizotipler pozitif boyutun baskın olduğu ancak işlevselliğin bozulmadığı yaratıcılık ve üretkenlikte artışla giden, kişilerarası ilişkilerde kısıtlanmanın ve bilişsel dezorganizasyonun olmadığı bireyler olarak tanımlanmıştır. Aynı zamanda şizofreniyi, hipertansiyon oluşumunda birçok metabolik etkenin rol oynaması, bazı kişilerde bunlardan bazılarının daha fazla öne çıkması gibi bir tıbbi model üzerinden açıklamaya çalışmıştır (11).

Günümüzde yapılan çalışmaların bir kısmı Rado ve Meehl'in tam boyutsal olmayan yaklaşımı ve diğer bir kısmı ise Eysenck ve Claridge'in önderlik ettiği tam boyutsal yaklaşımı desteklemektedir. Nitekim psikopatoloji ve normal kişilik yapısının ayrımına dair net bulguların olmaması nedeniyle tüm kişilik bozukluklarının boyutsal olarak değerlendirilmesi DSM 5'e de yansımış ve şizotipal kişilik bozukluğu "Şizofreni ve ilişkili diğer psikotik bozukluklar" başlığı altında konumlandırılmıştır (12). Bununla birlikte şizotipinin sürekliliği yaklaşımının ne şizotipal kişilik bozukluğu ne de şizofreninin kategorik bir tanı olarak geçerliliğini çürütecek güçte olmadığı belirtilmektedir (1,4). Yapılan çalışmalarda şizotipi, şizotipal kişilik bozukluğu, yüksek psikoz riski, atenüe psikoz sendromu gibi kavramların birbirinin yerine kullanılabilmesi, çalışmalarda kullanılan ölçeklerin şizotipinin bazı boyutlarını farklı değerlendirmesi gibi kavramsal ve

yöntemsel karışıklıkların bunda rolünün olduğu belirtilmektedir. Değerlendirme araçları teorik olarak farklı kuramları temel almaktadır. Örneğin ilk ve hala çok kullanılan ölçeklerden biri olan Wisconsin Şizotipi Ölçeği şizofreninin özgül çekirdek semptomlarının temel alındığı Meehl bakış açısına göre dizayn edilmiştir. En çok kullanılan ölçeklerden olan Şizotipal Kişilik Ölçeği DSM temelli bir ölçektir. Claridge'in tam boyutsal modelini esas alan O-LIFE (Oxford- Liverpool Inventory of Feelings and Experience) özgül olarak dürtüsellik ve bilişsel dezorganizasyon alt ölçeklerini de içermektedir (13).

Endofenotip Yaklaşımı

Şizofreninin nörobilişsel, genetik ve nörofizyolojik endofenotiplerinin hem genel toplumda hem de genetik risk gruplarında şizotipi puanlarıyla anlamlı ilişki gösterdiği bulunnuştur. Bu nedenle ve aynı zamanda subklinik gruplarda çalışmaya izin veren özelliğinden dolayı hastalığın evreleri, kullanılan ilaçların etkisi gibi durumsal etkenlerden etkilenmemesi nedeniyle şizotipinin bir endofenotip olduğu düşünülmektedir(14). Şizotipi puanı yüksek olan bireylerin büyük oranda aşikar psikotik bir tablo geliştirmediği ancak yüksek psikoz riski bulunan bireylerde şizotipinin yüksek olduğu gösterilmiştir. Aynı zamanda yüksek şizotipi ve şizotipal kişilik bozukluğu varlığı yüksek klinik risk grubunun şizofreniye dönüşüm hızında artış ile ilişkilidir (15). Yalnızca duyarlılık değil dayanıklılık (resilience) ile ilgili etkenlerin değerlendirilmesi açısından da şizotipi önem kazanmaktadır. Endofenotip yaklaşımı, yatkınlığın değerlendirilmesi ve klinik belirtilerle ilişkisinde şizotipi farklı alt boyutlara ayrılarak ele alınmaktadır.

Şizotipiye Boyutsal Yaklaşım

Yapılan faktör analizi çalışmalarından elde edilen sonuçlara göre şizotipal özelliklerin şizofreniye benzer şekilde pozitif, negatif ve dezorganizasyon boyutlarını içerdiği düşünülmektedir (13). Literatürde iki (pozitif ve negatif) ve dört faktörlü (örn. bilişsel algısal, negatif, dezorganize, paranoid) modeller de mevcut olmakla birlikte araştırmalarda en çok kullanılan yapı üç faktörlü modeldir (13). Bir çalışmada her biri farklı kromozom bölgeleriyle yüksek bağlantısallık gösteren negatif şizotipi, pozitif şizotipi, kişilerarası duyarlılık ve sosyal izolasyon/içe dönüklük boyutlarından oluşan 4 faktörlü modelin yapıyı iyi açıkladığı bulunmuştur (16). Şizotipal kişilik bozukluğu (ŞTKB) tanısı için DSM-IV'te tanımlanan 9 maddenin esas alındığı faktör analizlerinde bilişsel algısal boyut (büyüsel düşünce, tuhaf algısal yaşantılar, referans ve paranoid düşünceleri), kişilerarası boyut (yakın arkadaş ilişkilerinin yokluğu, sınırlı affekt, yersiz sosyal anksiyete ve paranoid düşünceler) ve dezorganizasyon boyutu (tuhaf konuşma ve tuhaf davranışlar) olmak üzere üç faktöre işaret edilmiştir. Pozitif şizotipi bilişsel- algısal boyutu, negatif şizotipi kişilerarası boyutu, dezorganize şizotipi dezorganize boyutu kapsamaktadır (5). Yakın zamanda yapılan çalışmalarda ise şizotipiyi açıklamada sadece bilişsel-algısal ve dezorganizasyon boyutlarının tutarlı olarak geçerli bulunduğu görülmektedir. Paraonid düşünceler ve şüpheciliğin paranoid kişilik bozukluğu; yakın arkadaş yokluğunun şizoid kişilik bozukluğu ile örtüşmesi, sosyal anksiyetenin özgül olmaması, diğer kişilik bozukluklarında da yaygın olarak görülebilmesi nedeniyle bu faktörlerden oluşan kişilerarası boyutun kullanışlı olmadığı düşünülmektedir. ŞTKB'ye en yüksek özgüllüğü ise dezorganizasyon boyutunun gösterdiği bulunmuştur (5).

Kişilik özellikleri, eşikaltı durumlar ve ruhsal hastalıklar arasında geçişlerin net olmaması nedeniyle bağlantı kurmak zor olmaktadır. Tam boyutsal yaklaşımda normal kişilik boyutlarının psikopatolojiye uzanan yelpazede bir dağılım gösterdiği düşünülmektedir. Çalışmalarda en çok kullanılan beş faktör kişilik modelinde nörotisizim, dışa dönüklük, deneyime açıklık, sorumluluk ve yumuşak başlılık boyutları değerlendirilmektedir. Metaanaliz çalışmalarında şizotipinin bu modelle temsil edilemeyeceği saptanmıştır (8,17). Bununla birlikte psikotisizm/pozitif şizotipinin normal kişilik yapısından ayrı bir kümelenme gösterdiğine dair daha tutarlı bulgular mevcuttur (8). Yapılan çalışmalarda başka tutarlı bir bulgu olarak negatif semptomlar düşük dışadönüklük ve negatif şizotipi ile ilişkili bulunurken; gerçeği değerlendirmede bozulma ile pozitif şizotipi arasında anlamlı ilişki

gösterilmiştir (18,19).

Yeni bir bakış olarak psikopatolojide hiyerarşik taksonomi (HiTOP;The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology) yaklaşımı fenomenolojik anlamda boyutsal bir perspektif sunmaktadır. Bu yaklaşımda temel alınan belirti kümeleri ve kişilik boyutlarının değerlendirildiği büyük örneklemli bir çalışmada psikotik hastalar ve psikotik herhangi bir bozukluğu olmayan kontroller değerlendirilmiştir (19). Pozitif şizotipi/psikotisizm boyutları tüm örneklemde normal kişilik yapısından ayrılırken, negatif şizotipi/ kayıtsızlık (detachment) ile normal kişilik yapısının bir boyutu olan düşük dışadönüklük aynı küme içinde yer almıştır. Böylece pozitif semptomlar ve psikotisizm bir tarafta, negatif semptomlar ve kayıtsızlık diğer tarafta olmak üzere psikotik yelpazenin iki boyuta indirgenebileceği öne sürülmüştür (19).

Farklı boyutların farklı nörobiyolojik temellere dayandığı ve şizofreni ile genetik ilişkileri bakımından da birbirinden ayırt edilebileceği öne sürülmektedir. Bazı çalışmalarda pozitif, bazılarında ise negatif boyutun şizofreniye genetik yatkınlıkla ilişkili olduğu saptanmıştır (19,20). Her iki boyutla ilişkili ortak genlerin olması büyük olasılıktır. Şizotipinin farklı boyutlarıyla şizofrenide yatkınlık ve nörogelişimsel bozukluğa işaret eden bir gösterge olduğu düşünülmektedir. Şizofreni için ailesel risk grubundaki adolesanlarda minör fiziksel anomali, yürütücü işlevler ve ince motor becerilerindeki bozulma negatif şizotipi ile ilişkili bulunmuştur (21). Şizofreni akrabalarında özellikle hem negatif hem de pozitif şizotipi şiddeti daha fazla bulunurken başka bir çalışmada hastalarda Schneiderian belirti varlığında akrabalarda yine her iki şizotipi boyutu daha yüksek saptanmıştır. Benzer olarak şizofreni akrabalarında sosyal-kişilerarası boyutta daha fazla, bilişsel- algısal ve dezorganize boyutlarında daha az olmak üzere tüm şizotipi boyutlarında yükseklik saptanmıştır (19,20).

Nörobiyolojik yatkınlığın farklı görüngüleri olarak şizotipi boyutları arasındaki etkileşimin psikozun farklı klinik görünümlerinin ortaya çıkışı hakkında bilgi verebileceği düşünülmektedir. Psikotik belirtisi olmayan ancak farklı nedenlerle psikiyatrik yardım almak için tedavi başvurusu olan 34 adolesanın 3 yıllık izlem çalışmasında başlangıçtaki negatif ve dezorganize boyutun stabil seyrettiği ancak pozitif boyutta anlamlı azalma olduğu, ilk ölçümlerdeki negatif boyutun 3 yıl sonunda pozitif boyut düzeyinde yükselmeyi öngördüğü, bunda dezorganize boyutun aracılık ettiği gösterilmiştir (22). Bu sonuca göre küntleşmiş veya azalmış duygulanımın dezorganize davranış ve konuşmayla birlikteliğinin bilişsel- algısal anormalliklerin şiddetlenmesi veya süreğen hale gelmesine neden olduğu çıkarımı yapılmıştır. Başka bir izlem çalışmasında tek başına pozitif boyutta yükseklik diğer boyutlara göre tedavi arayışının daha fazla olmasıyla ilişkili bulunmuştur (23). Bu durum pozitif boyutta eşlik eden duygudurum semptomlarının daha fazla olmasıyla ilişkili olabilir. Keza izlem çalışmalarında pozitif şizotipi afektif disregülasyon ve olumsuz kendilik algısıyla ilişkili bulunurken, negatif şizotipi şizoid kişilik özelliklerinde yüksekliğin olumlu kendilik algısında azalma ve ödül arayışında azalma ile ilişkisi gösterilmiştir (10,24). Ülkemizde TürkSch yapılan yakın tarihli toplum tabanlı bir izlem çalışmasında hem manik hem depresif dönemler olmak üzere duydurum epizodları ve pozitif boyuta işaret eden pozitif psikotik yaşantılar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu çalışmada 6 yıllık izlemde duygudurum epizodları ve pozitif psikotik yaşantıların birbirinin gelişimini anlamlı düzeyde yordadığı saptanmıştır (25).

Şizotipal Kişilik Bozukluğu

Farklı şizotipi boyutlarının bir araya geldiği, şizofeni yatkınlığının normal populasyona göre yüksek olduğu ŞTKB A kümesi kişilik bozukluklarından olup, şizofreni yelpazesi içinde yer almaktadır. Referans düşünceleri, büyüsel düşünceler, acayip inanışlar, tuhaf algısal yaşantılar gibi bilişsel veya algısal çarpıklıkların ve alışılmışın dışında davranışların yanı sıra, yakın ilişkilerden rahatsızlık duyma ve yakın ilişkilere girebilme yetisinde bozulmayla giden sürekli bir örüntü olarak tanımlanmaktadır (5,12). Kişilik Bozuklukları İçin DSM 5 Alternatif Modeli "Araştırılması Gereken Alanlar" kapsamında üçüncü bölümde yer almaktadır. Bu bölümde kişilik bozuklukları için boyutsal bir tanımlama yapılmıştır. Beş faktör kişilik kuramı çerçevesinde

kimlik, kendini yönlendirme, empati ve yakınlık boyutlarında belirgin yetersizlikle birlikte psikotisizm (bilişsel-algısal, tuhaf deneyim/inanç ve eksantriklik) ve kopma (sığ duygulanım, içe çekilme, şüphecilik) boyutlarında yükselmeyle karakterize bir kişilik bozukluğu olarak tanımlanmıştır (12). Çeşitli aile çalışmalarının sonuçlarına göre kişilik bozukluklarından şizofreniyle en güçlü genetik bağlantıyı ŞTKB paylaşmaktadır (20). ŞTKB'nin diğer kişilik bozukluklarına nazaran psikotik ögelerin yoğun olduğu bir kişilik örgütlenmesi mi ya da psikozun temelde olduğu kronik psikotik bir tablo mu olduğu konusunda uzlaşı bulunmamaktadır.

Epidemiyoloji

ŞTKB yaşam boyu prevalansının %4 olduğu tahmin edilmektedir. Erkeklerde (%4,2) kadınlara (%3,7) göre daha sık olduğu gösterilmiştir. Boşanmış olma ve düşük gelir düzeyi diğer risk etkenleri arasında gösterilmiştir(26). Şizotipiye işaret eden psikotik yaşantılar arasında sanrıların baskın olduğu tabloların erkeklerde, varsanıların baskın olduğu tabloların ise kadınlarda daha sık olduğu saptanmıştor(3). Kişilik bozukluklarında tanı stabilitesinin değerlendirildiği 10 yıllık biz izlem çalışmasında ŞTKB tanı stabilitesinin oldukça yüksek olduğu gösterilmiştir(22). ŞTKB yüksek komorbidite göstermektedir. Yaşam boyu prevalans değerlendirildiğinde borderline kişilik bozukluğu (%36,7), paranoid kişilik bozukluğu (%20,2), şizoid kişilik bozukluğu (%20), bipolar bozukluk tip 1 ve tip 2 (%22,1; %14,2), obsesif kompulsif bozukluk (%13,5) ve major depresif bozukluk (%6,6) en sık komorbid durumlardır (26).

Etiyoloji

ŞTKB etiyopatogenezine yönelik ilk çalışmalar öncelikle şizofreni ile ailesel yığılım gösterdiğinin saptanmasının ardından şizofreni ile ilişkisinin incelenmesine dayanmaktadır Ailesel yığılımın farkedilmesinden sonra yapılan epidemiyolojik, genetik ve nörobiyolojik çalışmalar ŞTKB'nin bir şizofreni spektrum bozukluğu olduğu hipotezini desteklemiştir(3).

Genetik çalışmalar

ŞTKB bulunan bireylerin küçük bir kısmında şizofreniye ilerleme görülse de yüksek şizotipi ve ŞTKB'nin şizofreniye genetik yakınlıkla ilişkili olduğunu gösterilmiştir. Yakın zamanda yapılan çalışmalarda şizofreni tanılı annelerin çocuklarında %18-48 oranında ŞTKB görüldüğü bulunmuştur (27). Yarı- boyutsal ve kategorik yaklaşıma göre ŞTKB, psikoz yelpazesinde yatkınlığı gösteren bir durum olmanın ötesinde başlıbaşına sınırları belli psikotik bir bozukluk olarak değerlendirilmektedir. Buna işaret eden bir bulgu da en yüksek kalıtılabilirliğe sahip kişilik bozukluğu olmasıdır (26). Torgersen ve ark. ŞTKB'nin kalıtılabilirlik oranını %61 olarak bildirmiştir (28). ŞTKB ile ilgili genetik çalışmalar daha çok şizofreniyle ortak bir aday gen bulmaya odaklanmıştır. Bağlantı çalışmalarında belli gen bölgeleri öne çıksa da bu çalışmalarda etnik köken ve şizotipi ölçüm araçlarının etkisi değerlendirilmemiştir (20). Ülkemizde yapılan bir kohort çalışmasında geniş psikoz fenotipi boyunca pozitif şizotipiye işaret eden psikotik yaşantılardan psikotik bozukluk ucuna gidildikçe BDNF val-val polimorfizminin artış gösterdiği bulunmuştur (29). Bu durum şizotipinin psikoz spektrumunda altta yatan genetik bozukluğun derecesini yansıtan bir gösterge olarak değerlendirilebileceği görüşünü desteklemektedir. Psikotik belirtiler ve şizotipi boyutları arasındaki ilişki genetik çalışmalarda da desteklenmektedir. Şizofreninin pozitif belirtileri ile akrabalardaki pozitif şizotipinin ve hastalardaki negatif belirtilerle akrabalardaki negatif şizotipinin ortak kromozomal bölgelerle anlamlı bağlantı gösterdiği bulunmuştur (30). Başka bir aday gen olan ve presinaptik disbindin proteinini kodlayan distrobrevin-binding protein 1 gen (DTNBP-1) polimorfizmi, voltaj bağımlı L tipi kalsiyum kanallarının işleviyle ilgili olan ve bipolar bozukluk ve şizofreni GWAS çalışmalarında tutarlı sonuçların alındığı CACNA1C gen polimorfizmi (rs10067373) ve dopamin ile ilişkili DRD2, SLC6A3 ve MAOA ekspresyon düzeyleri özellikle pozitif şizotipi ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur (31,32). Yapılan son metaanalizlerde şizofreni ilişkisi gösterilen ve protein katlanması, RNA paketlenmesi, DNA ve RNA proteinlerinin stabilizasyonunda görev alan zinc-finger proteinlerini kodlayan gen (ZNF804A) polimorfizmleri ile şizotipi arasındaki

ilişkiye dair sonuçlar tutarlı değildir (33,34) .

Nörogelişimsel ve psikososyal faktörler

Nörogelişimsel modeli destekler şekilde obstetrik komplikasyonlar ve gebelikte geçirilen viral enfeksiyonların şizotipi riskini arttırdığı bulunmuştur. Düşük doğum ağırlığı ve düşük baş çevresinin erişkin dönemde kadınlarda pozitif şizotipi için bir risk etkeni olduğu saptanmıştır (5). Geniş örneklemli bir Finlandiya kohort çalışmasında H3N2 influenza epidemisi sırasında gebeliğin 6. ayında viral maruziyeti olan kadınların çocuklarında erişkin dönemde şizofreni ve şizotipal kişilik özelliklerinin yüksek oranda görüldüğü bulunmuştur (35). Farklı çalışmalarda silik nörolojik belirtilerle pozitif, negatif ve dezorganize boyutlar arasında anlamlı ilişkiler ortaya konmuştur. Çocukluk çağı travmaları, düşük ebeveyn bakımı, ihmal gibi etkenlerin özellikle kişilerarası hassasiyet boyutu olmak üzere şizotipi riskini arttırdığı bildirilmiştir (2). ŞTKB'de anksiyöz bağlanmanın pozitif şizotipi, kaçıngan bağlanmanın hem pozitif hem negatif şizotipi ile ilişkili bulunmuştur (5). Kronik stres hipotalamopitüiter aks bozukluğu ile ve hiperkortizolemi dopaminerjik disregülasyonla ilişkilendirilmektedir. İhmal ve istismar gibi etkenlerin mezolimbik dopaminerjik hiperaktivasyona neden olarak pozitif şizotipiyi pekiştirebileceği veya süreğen hale getirebileceği öne sürülmüştür. Erken olumsuz yaşam olaylarının dış dünyanın güvensiz olduğu şemasının gelişmesine, kişilerarası ilişkilerde duyarlılık ve daha çok kendi düşüncelerini referans aldığı bir düşünce şeklinin ortaya çıkmasına (self-referentiality), kendisi hakkında olumsuz çıkarımlar, sosyal yalıtım ve bununla bağlantılı olarak fantezilerin, tuhaf düşünce ve inanışların hakim olduğu bir bilişsel yapının oluşmasına neden olabileceği düşünülmektedir (2,36) Psikodinamik kurama göre oral döneme fiksasyon nedeniyle oral aç gözülülük ve anne tarafından cezalandırılma korkusu paranoid düşüncelerin oluşumuyla ilişkilidir (36).

Nörobiliş ve Sosyal Biliş Çalışmaları

ŞTKB'nda frontal işlevleri yansıtan işlem belleği, dikkat ve bilgiyi geri çağırmada bozulma olduğu gösterilmiştir. Aynı zamanda işlem belleği ve karmaşık dikkat özellikle kişilerarası boyutla ilişkili bulunmuştur (37). ŞTKB'de yüksek pozitif şizotipinin yaratıcılıkla ilişkili olduğu gösterilmiştir (38).

Şizofrenide sosyal bilişi değerlendiren metaanaliz çalışmalarının sonuçlarına göre şizofreni akrabaları ve klinik olmayan populasyonda şizotipi skoru yüksek olanlarda zihin kuramı becerilerinde bozulmanın daha fazla olduğu saptanmıştır (22). Pickup ve ark. yaptığı çalışmada tuhaf algısal yaşantılar ile metafor ve ironiyi kavrama becerileri arasında ters yönde anlamlı ilişki saptanmıştır (39). Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada pozitif şizotipi skorları yüksek olan grupta imayı anlama ve bilişsel empati skorları düşük bulunmuştur (40). Klinik olmayan populasyonda negatif şizotipi ile middle temporal girus, temporopariyetal bileşke ve medial prefrontal girus aktivasyonları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki gösterilmiştir (41).Bu bölgeler özellikle kendi üzerine düşünme ve perspektif almada anahtar rol oynamaktadır. Gelişim döneminde şizotipi skoru yüksek bireylerin kısıtlı metabilişsel, kişilerarası ilişkiler ve sosyal bilişsel kısıtlılıkları nedeniyle zorlayıcı durumlarla başetme ve dış dünyayı anlamlandırma becerilerinin yetersiz kaldığı, bu durumun psikopatoloji gelişimi için risk oluşturduğu düşünülmektedir.

Nörofizyoloji ve nörogörüntüleme çalışmaları

ŞTKB'de ve sağlıklı bireylerde yüksek pozitif şizotipi varlığında çevresel uyaranların filtrelenmesinde bozukluğa işaret eden ön uyarı inhibisyonu (ÖUİ) bozukluğu gösterilmiştir (42). Yüksek şizotipide sakkadik göz hareketlerinde bozulma gözlenmiş olup, bu bozukluk striatum, talamus, serebellum ve oksipital kortekste hipoaktivasyonla ilişkili bulunmuştur(34). Striatal disfonksiyon ve mezolimbik domaninerjik hiperaktivasyonun ödülle ilişkisiz uyaranlara abartılı önem atfetme (aberrant salience) aracılığıyla sanrısal düşünce gelişimine neden olduğu düşünülmektedir. Nitekim yüksek şizotipide mezolimbik dopaminerjik hiperaktivasyon ile abartılı önem atfetme arasında pozitif; adaptif önem atfetme arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur (43).

ŞTKB'de tersine işaret eden sonuçlar olsa da özellikle son dönemde yapılan çalışmalarda global beyin hacmi, posterior singulat girus ve frontal korteks gri cevher hacminde artış olduğu gösterilmiştir (37,44). Aynı zamanda tutarlı bir bulgu olarak süperior temporal girus hacminde azalma gösterilmiştir (37). Temporal kortikal disfonksiyona karşılık frontal kortikal hacimde artışın psikotik kırılmadan koruyucu bir kompansasyon mekanizması ve dayanıklılık göstergesi olduğu öne sürülmüştür (2,5). Bununla birlikte frontotemporal bağlantıyı sağlayan uncinat fasikül (UF) yapısında bozulma gösterilmiştir. ŞTKB'de bilateral UF bağlantısallığında azalma bulunurken, kişilik boyutları açısından değerlendirildiğinde sağ UF bağlantısallığı ve dışa dönüklük puanı arasında aynı yönde ilişki saptanmıştır. Bu bulgu sağlıklı kontollerde gözlenmemiştir (44).

Tanı ve değerlendirme

ŞTKB tanısı DSM-5'e göre 9 maddeden 5'inin karşılanması durumunda konmaktadır. ICD-10'da ŞTKB tanımlaması mevcut olmayıp fenomenolojik olarak benzeri olarak şizotipal bozukluk tanımlanmıştır. Şizotipal bozukluk bilişsel, algısal, konuşma ve davranış kümelerini oluşturan belirtilerden en az 4'ünün en az 2 yıl süre boyunca sürekli veya tekrarlayıcı şekilde bulunduğu sabit bir örüntü olarak tanımlanmıştır. Aynı zamanda bir kişilik bozukluğu olarak değil şizofreni spektrum bozukluğunun bir üyesi olarak değerlendirilmektedir (6,12).

ŞTKB'nin diğer şizofreni spektrum bozukluklarıyla ayırıcı tanısı sınıflandırma sistemlerindeki ölçütlere göre yapılabilir. Buna karşın şizofreni sınırında vakalarda psikotik belirtileri görece zayıf olgularda zorluk yaşanabilir. ŞTKB'de süreğen ve şiddetli psikotik belirtilerin olmaması, ilerleyici nörobilişsel yıkımla karakterize olmaması şizofreniden ayrılmasını sağlayabilir. Paranoid kişilik bozukluğunda tuhaf algısal yaşantılar ve büyüsel düşünce ön planda değildir. Şizoid kişilik bozukluğundan bilişsel- algısal ve dezorganizasyon boyutlarıyla ayrılır(5,20). Birer şizotipi fenotipi olarak değerlendirilen yüksek riskli psikoz ve atenüe psikoz sendromundan belirtilerin sıklık, şiddet ve süresindeki farklılıklarla ayrılır. Geniş örneklemli bir çalışmada ŞTKB tanılı bireylerin 2 yıl içinde %40'ının psikotik bir bozukluk tanısı aldığı bulunmuştur (45). Bununla birlikte stabil seyreden olguların daha fazla olması bir şizofreni prodromu olmadığını düşündürmektedir (20).

ŞTKB ve şizotipinin değerlendirildiği birçok tanısal araç vardır. Bunlardan Şizotipi için Yapılandırılmış Görüşme Ölçeği- Gözden Geçirilmiş Form (SIS-R) en kapsamlı araç niteliğindedir (46). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan ve şizotipiyi yansıtan ölçekler Şizotipal Kişilik Ölçeği ve Uluslarası Bileşik Tanı Görüşmesi (UTBG)'dir. En çok kulllanılan ölçeklerden olan Şizotipal Kişilik Ölçeği 74 maddeden oluşan bir özbildirim ölçeğidir. Üç faktörlü yapının modeli daha iyi açıkladığı bulunmuştur. Bu faktörler bilişsel algısal şizotipi (referans fikirleri, garip inanış-büyüsel düşünce, sıradışı algısal yaşantı, şüphecilik), kişilerarası şizotipi (sosyal anksiyete, yakın arkadaş yokluğu, kısıtlı duygulanım, şüphecilik), dezorganize şizotipi(garip davranış, garip konuşma) boyutlarından oluşmaktadır (47). UTBG psikotik yaşantıların sıklığı, neden olduğu zorlanma, yardım arayışı ve işlevsellikteki bozulmaya göre oluşturulmuştur. Sanrılar ve varsanılar olmak üzere psikotik belirtileri ve duygudurum belirtilerini (depresif ve manik) ölçmektedir. Şizotipiyi değerlendiren O-LIFE(Oxford- Liverpool Inventory of Feelings and Experiences) ve CAPE (Community Assesment pf Psychic Experiences) gibi şizotipiyle birlikte farklı kişilik boyutlarının incelendiği psikometrik ölçekler bulunmaktadır. Bu ölçeklerin bilişsel performans boyutunu da ele aldığı için nörobilişsel işlevlerin de değerlendirildiği çalışmalarda yararlı olduğu bildirilmiştir (13). CAPE-42 ölçeğinin Türkçe çevirisi "Şizofrenide Gen-Çevre Etkileşimi Çalışması İçin Avrupa Şizofreni Ağı Dahilinde Türkiye Şizofreni Ağı Çalışması" kapsamında yapılmıştır (48).

Tedavi

Etkinliği kanıtlanmış bir tedavi olmamakla birlikte psikoterapi ve psikofarnakolojik yaklaşımlar uygulanmaktadır. Tedavi daha çok ön plandaki semptomların azaltılmasına ve kişinin sosyal işlevselliğinin arttırılmasına yöneliktir. Psikoterapi

yaklaşımları arasında bireysel ve grup psikoterapileri, sosyal beceri eğitimi bulunmaktadır. Literatürde tek randomize kontrollü klinik çalışmaya rastlanmış olup bu çalışmada sosyal beceri eğitiminin ŞTKB'nin herhangi bir psikotik bozukluğa dönüşme hızını azalttığı bulunmuştur (45). Psikofarmakolojik çalışmalarda en yüksek ve tutarlı etkinlik risperidon ve daha az olarak olanzapinle görülmüştür (49). Bu bulgular yüksek şizotipi ve şizofreni arasındaki ilişkiyi yansıtıyor görünmektedir. Antidepresanlar ŞTKB'ye eşlik eden obsesif-kompulsif belirtiler ve depresif belirtilerde etkili bulunmuştur (49). ŞTKB ile ilgili yalnızca Dünya Biyolojik Psikiyatri Dernekleri Federasyonu'nun Kişilik Bozukluklarının Biyolojik Tedavisi kılavuzunda öneriler bulunmaktadır. Antidepresanlarla ilgili yeterli kanıt bulunmadığı vurgulanmaktadır. Antipsikotikler içinse klinik araştırmalardan ve uzman görüşünden elde edilen asgari kanıtlar temelinde genel önerilerin olduğu görülmektedir (50).

SONUÇ

Psikoz yatkınlığı olan bireylerin saptanması ve tedavisi tartışmalı bir konudur. İleride psikoz gelişebilecek kişilerin önceden belirlenmesine dair üzerinde uzlaşıya varılabilmiş çalışma sonuçları henüz yoktur. Bu durumda erken tedavi damgalanma riskini beraberinde getirebilir. Bununla birlikte özellikle son 10 yılda yapılan çalışmalar klinik psikoz riski olan bireylerin psikoza dönüşmeden önce saptanabilmesi açısından önemli bilgiler sağlamaya devam etmektedir. Şizofreni sınırında durumlar olarak geniş şizotipi fenotipi, şizotipal kişilik bozukluğu ve yüksek riskli grupların tanınması hem tedavi hem de şizofreninin etiyopatogenezinin anlaşılmasında önem arz etmektedir. Şizotipi kavramının önemli bir katkısı psikotik bozuklukları oluşturan belirtilere boyutsal yaklaşımın sağlanması olmuştur. Böylece sağlıklı bireylerde ve klinik olmayan populasyonda araştırma imkanı doğmaktadır. Farklı şizotipi boyutlarının yüksek düzeyde ve süreğen olarak birarada bulunduğu sabit bir örüntü olan şizotipal kişilik bozukluğu, diğer kişilik bozukluklarından farklı olarak psikotik bir bozukluk adayıdır. Büyük bir kısmının şizofreniye dönüşüm göstermemesi ve sabit bir örüntüye sahip olması nedeniyle şizotipal kişilik bozukluğu şizofreni prodromunun bir parçası olarak görülmemektedir. Daha çok yelpazenin içinde yer alan bir yatkınlık göstergesi olarak ele alınmaktadır. Ölçüm araçları ve çalışma desenlerindeki farklılıklar nedeniyle şizotipi kavramı ve şizotipal kişilik bozukluğu ile ilgili daha büyük örneklemli, klinik ve toplum tabanlı araştırmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Özellikle altta yatan biyolojik mekanizmalarla ilgili bilgi düzeyi diper psikotik bozukluklarla karşılaştırıldığında oldukça kısıtlıdır. Biriken literatür bilgisi ise şizotipinin farklı boyutlarıyla şizofrenide yatkınlık ve nörogelişimsel bozukluğa işaret eden bir gösterge olduğuna işaret etmektedir. ZNF804A, BDNF, CACNA1C, DRD2, SLC6A3 gen polimorfizmleri ile ilişki gösterilse de çalışmalarda benzer sonuçlar tekrarlanmamıştır. Kronik stres ve dopaminerjik hiperaktivasyonun şizotipi ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Nitekim erken çocukluk travmaları özellikle kişilerarası boyutla ilişkili bulunmuştur. Erken dönemde kişilerarası ilişkilerde hassasiyetin şizotipal özelliklerin hakim olduğu kişilik örüntüsünün gelişiminde rolü olduğu düşünülmektedir. Bu süreçte zihin kuramı becerileri önem göstermekte, gen-çevre etkileşimi zihin kuramı gelişiminde belirleyici olmaktadır. Erken tanı ve müdahale açısından şizotipiyi anlamak bu açıdan önem arz etmektedir. Öte yandan çeşitli klinik durumların altında tek bir hastalık olmadığı, farklı belirti kombinasyonlarının sabit kalmadığı görüşünün esas alındığı modelin hem hastaları ve belirtilerini daha iyi anlamamızı sağlayacağı hem de stigmatizasyonu azaltacağı düşünülmektedir.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr., Emre Mısır, Yozgat Şehir Hastanesi, Psikiyatri Kliniği,Yozgat, Türkiye emremisir@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Kwapil TR, Barrantes-Vidal N. Schizotypal personality disorder: An integrative review. In: The Oxford handbook of personality disorders. New York, NY, US: Oxford University Press; 2012. p.437–77. (Oxford library of psychology).

2. Barrantes-Vidal N, Grant P, Kwapil TR. The role of schizotypy in the study of the etiology of schizophrenia spectrum disorders. Schizophr Bull. 2015;41 Suppl 2:408-416.

3. Linscott RJ, van Os J. Systematic reviews of categorical versus continuum models in psychosis: evidence for discontinuous subpopulations underlying a psychometric continuum. Implications for DSM-V, DSM-VI, and DSM-VII. Annu Rev Clin Psychol. 2010;6:391–419.

4. Kwapil TR, Barrantes-Vidal N. Schizotypy: Looking Back and Moving Forward. Schizophr Bull. 2015 ;41(Suppl 2):366–73.

5. Rosell DR, Futterman SE, McMaster A, Siever LJ. Schizotypal personality disorder: a current review. Curr Psychiatry Rep. 2014;16:452.

6. Debbané M, Eliez S, Badoud D, Conus P, Flückiger R, Schultze-Lutter F. Developing psychosis and its risk states through the lens of schizotypy. Schizophr Bull. 2015 ;41:396-407.

7. Tsuang MT, Stone WS, Tarbox SI, Faraone SV. An integration of schizophrenia with schizotypy: identification of schizotaxia and implications for research on treatment and prevention. Schizophr Res. 2002;54:169–75.

8. Samuel DB, Widiger TA. A Meta-Analytic Review of the Relationships Between the Five-Factor Model and DSM-IV-TR Personality Disorders: A Facet Level Analysis. Clin Psychol Rev. 2008;28:1326–42.

9. Eysenck H. The importance of theory in the taxonomy of personality. Personal Psychol Eur. 1994;5:6–13.

10. Grant P, Green MJ, Mason OJ. Models of Schizotypy: The Importance of Conceptual Clarity. Schizophr Bull. 2018 15;44:S556–63.

11. Claridge GE. Schizotypy: Implications for illness and health. Oxford University Press; 1997.

12. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013.

13. Mason OJ. The Assessment of Schizotypy and Its Clinical Relevance. Schizophr Bull. 2015;41:S374–85.

14. Grant P. Is Schizotypy per se a Suitable Endophenotype of Schizophrenia? – Do Not Forget to Distinguish Positive from Negative Facets. Front Psychiatry. 2015;6

15. Schultze-Lutter F, Klosterkötter J, Ruhrmann S. Improving the clinical prediction of psychosis combining ultra-high risk criteria and cognitive basic symptoms. Schizophr Res. 2014;154:100–106.

16. Bedwell JS, Compton MT, Jentsch FG, Deptula AE, Goulding SM, Tone EB. Latent factor modeling of four schizotypy dimensions with theory of mind and empathy. PloS One. 2014;9(11):e113853

17. Saulsman LM, Page AC. The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. Clin Psychol Rev. 2004;23:1055–85.

18. Ohi K, Shimada T, Nitta Y, Kihara H, Okubo H, Uehara T. The Five-Factor Model personality traits in schizophrenia: A meta-analysis. Psychiatry Res. 2016 ;240:34–41.

19. Cicero DC, Jonas KG, Li K, Perlman G, Kotov R. Common Taxonomy of Traits and Symptoms: Linking Schizophrenia Symptoms, Schizotypy, and Normal Personality. Schizophr Bull. 2019 doi:10.1093/schbul/sbz005.[InPress]

20. Walter EE, Fernandez F, Snelling M, Barkus E. Genetic Consideration of Schizotypal Traits: A Review. Front Psychol. 2016;7:1769.

21. Barrantes-Vidal N, Fañanás L, Rosa A, Caparrós B, Dolors Riba M, Obiols JE. Neurocognitive, behavioural and neurodevelopmental correlates of schizotypy clusters in adolescents from the general population. Schizophr Res. 2003 1;61:293–302.

22. Debbané M, Badoud D, Balanzin D, Eliez S. Broadly defined risk mental states during adolescence: disorganization mediates positive schizotypal expression. Schizophr Res. 2013;147:153–6.

23. Dominguez M-G, Saka MC, can Saka M, Lieb R, Wittchen H-U, van Os J. Early expression of negative/disorganized symptoms predicting psychotic experiences and subsequent clinical psychosis: a 10-year study. Am J Psychiatry. 2010 ;167:1075–82.

24. Racioppi A, Sheinbaum T, Gross GM, Ballespí S, Kwapil TR, Barrantes-Vidal N. Prediction of prodromal symptoms and schizophrenia-spectrum personality disorder traits by positive and negative schizotypy: A 3-year prospective study. PloS One. 2018;13(11):e0207150.

25. Kırlı U, Binbay T, Drukker M, Os J van, Alptekin K, Kayahan B. Psychotic experiences and mood episodes predict each other bidirectionally: a 6-year follow-up study in a community-based population. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2019;12;54:331–41.

26. Pulay AJ, Stinson FS, Dawson DA, Goldstein RB, Chou SP, Huang B. Prevalence, correlates, disability,and comorbidity of DSM-IV schizotypal personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2009;11:53–67.

27. Linscott RJ, Morton SE. The Latent Taxonicity of Schizotypy in Biological Siblings of Probands With Schizophrenia. Schizophr Bull. 2018;44:922–32.

28. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. Arch Gen Psychiatry. 2001;58:590–6.

29. Kirli U, Binbay T, Drukker M, Elbi H, Kayahan B, Gökçelli DK. Is BDNF-Val66Met Polymorphism associated with psychotic experiences and psychotic disorder outcome? Evidence from a 6 years prospective population-based cohort study. Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet Off Publ Int Soc Psychiatr Genet. 2019;180:113–21.

30. Lien Y-J, Tsuang H-C, Chiang A, Liu C-M, Hsieh MH, Hwang T-J. The multidimensionality of schizotypy in nonpsychotic relatives of patients with schizophrenia and its applications in ordered subsets linkage analysis of schizophrenia. Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet Off Publ Int Soc

Psychiatr Genet. 2010;153B(1):1–9.

31. Grant P, Gabriel F, Kuepper Y, Wielpuetz C, Hennig J. Psychosis-proneness correlates with expression levels of dopaminergic genes. Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr. 2014;29:304–6.

32. Roussos P, McClure MM, Hazlett EA, New AS, Siever LJ, Bitsios P. CACNA1C as a risk factor for schizotypal personality disorder and schizotypy in healthy individuals. Psychiatry Res. 2013;30;206:122–3.

33. de Castro-Catala M, Mora-Solano A, Kwapil TR, Cristóbal-Narváez P, Sheinbaum T, Racioppi A. The genome-wide associated candidate gene ZNF804A and psychosis-proneness: Evidence of sex-modulated association. PLoS ONE 2017;12(9)

34. Ettinger U, Mohr C, Gooding DC, Cohen AS, Rapp A, Haenschel C. Cognition and Brain Function in Schizotypy: A Selective Review. Schizophr Bull. 2015;41:417–26.

35. Machón RA, Huttunen MO, Mednick SA, Sinivuo J, Tanskanen A, Bunn Watson J. Adult schizotypal personality characteristics and prenatal influenza in a Finnish birth cohort. Schizophr Res. 2002;54:7–16.

36.McWilliams N. Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinicalprocess. Guilford Press; 2011.

37. Ettinger U, Mohr C, Gooding DC, Cohen AS, Rapp A, Haenschel C. Cognition and Brain Function in Schizotypy: A Selective Review. Schizophr Bull. 2015 ;41:S417–26.

38. Nettle D, Clegg H. Schizotypy, creativity and mating success in humans. Proc R Soc B Biol Sci. 2006 ;273:611–615.

39. Pickup GJ. Theory of mind and its relation to schizotypy. Cognit Neuropsychiatry. 2006;11:177–92.

40. Gooding DC, Pflum MJ. Theory of Mind and psychometric schizotypy. Psychiatry Res. 2011;30;188:217–23.

41. Wang Y, Liu W-H, Li Z, Wei X-H, Jiang X-Q, Neumann DL. Dimensional schizotypy and social cognition: an fMRI imaging study. Front Behav Neurosci. 2015;9:133.

42. Kumari V, Antonova E, Geyer MA. Prepulse inhibition and "psychosis-proneness" in healthy individuals: an fMRI study. Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr. 2008;23:274–80.

43. Winton-Brown T, Schmidt A, Roiser JP, Howes OD, Egerton A, Fusar-Poli P. Correction: Altered activation and connectivity in a hippocampal–basal ganglia–midbrain circuit during salience processing in subjects at ultra high risk for psychosis. Transl Psychiatry. 2018;31;8:170.

44. Gurrera RJ, Nakamura M, Kubicki M, Dickey CC, Niznikiewicz MA, Voglmaier MM. The Uncınate Fasciculus And Extraversion In Schizotypal Personalıty Disorder: A Diffusıon Tensor Imaging Study. Schizophr Res. 2007;90:360–2.

45. Nordentoft M, Thorup A, Petersen L, Ohlenschlaeger J, Melau M, Christensen TØ. Transition rates from schizotypal disorder to psychotic disorder for first-contact patients included in the OPUS trial. A randomized clinical trial of integrated treatment and standard treatment. Schizophr Res. 2006 ;83:29–40.

46. Kendler KS, Lieberman JA, Walsh D. The Structured Interview for Schizotypy (SIS): a preliminary report. Schizophr Bull. 1989;15:559–71.

47. Raine A, Reynolds C, Lencz T, Scerbo A, Triphon N, Kim D. Cognitive-perceptual, interpersonal, and disorganized features of schizotypal personality. Schizophr Bull. 1994;20:191–201.

48. Saka MC, Atbaşoğlu EC, Alptekin K. Şizofrenide Gen-Çevre Etkileşimi Çalışması İçin Avrupa Şizofreni Ağı Dahilinde Türkiye Şizofreni Ağı Aile Temelinde Gen Çevre Etkileşimi Çalışması: Çok Merkezli, Uluslararası, Müdahalesiz Laboratuvar Çalışması. 2015.

49. Kirchner SK, Roeh A, Nolden J, Hasan A. Diagnosis and treatment of schizotypal personality disorder: evidence from a systematic review. NPJ Schizophr. 2018;4:20.

50. Herpertz SC, Zanarini M, Schulz CS, Siever L, Lieb K, Möller H-J. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders. World J Biol Psychiatry Off J World Fed Soc Biol Psychiatry. 2007;8:212–44.

Placebo-controlled pharmacological trials in child and adolescents with bipolar disorder manic episode (BPD-ME): Systematic review, meta-analysis and a meta-regression on placebo response

Çocuk ve ergenlerde bipolar bozukluk manik epizodda (BPB-ME) plasebo kontrollü ilaç çalışmaları: Sistematik derleme, meta-analiz ve plasebo yanıtı üzerine bir meta-regresyon

Remzi Ogulcan Ciray[1], Pelin Hancer[2], Mustafa Tuncturk[3], Neslihan Inal Emiroglu[4]
[1]M.D., [4]Prof., Dokuz Eylul University Medical School, Child Psychiatry Department, Izmir, Turkey, https://orcid.org/0000-0003-2864-613X https://orcid.org/0000-0003-3235-923X
[2]M.D., Dokuz Eylul University Nursing School, Psychiatry Nursing Department, Izmir, Turkey, https://orcid.org/0000-0003-3857-7641
[3]M.D., Bakirkoy Mazhar Osman Psychiatric Hospital, Psychiatry Department, Istanbul, Turkey, https://orcid.org/0000-0003-3928-3194

SUMMARY

Randomized placebo controlled trials (RCT) are very important for testing efficacy and safety of a medical treatment. There is no too much RCT`s in childhood bipolar disorder manic episode. In these trials, high placebo response poses a problem for the definition of real drug responses in practice. Therefore, analysis of predictors of drug and placebo response are important for conducting more reliable RCT`s in the future. Comprehensive search conducted in PubMed, ClinicalTrials.gov, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) and some other electronic databases. Studies including participants with Bipolar Disorder manic episode and associated symptoms (e.g ADHD, irritability) included. There was no restriction in terms of sex, ethnicity or initial severity. Participants over age 18 were excluded. Random effect size model was used for calculate effect sizes for placebo and drugs.

A total of 1974 participants and 11 studies were included in the meta-analysis. Risperidone was highest effect size among drug arms. Number of the sites and number of the participants were associated with higher placebo response in meta-regression. We did not find any variable had an impact on drug response. There was no any publication bias in this meta-analysis. We found similar results as adult studies. Modifying number of the sites or ramdomized sample size may limit placebo response and could improve the efficacy of RCT`s and enhance drug-placebo contrasts.

Key Words: Pediatric Bipolar Disorder, placebo response, meta-analysis, child and adolescent

ÖZET

Randomize plasebo kontrollü çalışmalar (RKÇ) tıbbi tedavilerin etkinliğini ve güvenliğini test etmekte çok önemlidir. Çocukluk çağı bipolar bozukluğun manik epizodunda yapılmış çok fazla RKÇ bulunmamaktadır. Bu çalışmalardaki yüksek plasebo yanıtı pratikte gerçek ilaç yanıtlarının tespitinde sorunlara neden olmaktadır. Bu nedenle ilaç ve plasebo yanıtının belirleyicilerini analiz etmek ileride daha güvenilir RKÇ'ler yürütebilmek için önemli olmaktadır. PubMed, ClinicalTrials.gov, Cochrane Central Register of Controlled Trials ve bazı diğer arama motorlarında geniş bir tarama yapıldı. Bipolar bozukluk manik epizod ve eşlik eden semptomlar(DEHB, irritabilite vb.) çalışmaya dahil edildi. Cinsiyet, etnisite ya da başlangıç şiddeti ile ilgili bir sınırlama getirilmedi. 18 yaşın üzerinde katılımcı olan çalışmalar dışlandı. Plasebo ve ilaç etki büyüklüklerini hesaplamak için random etki büyüklüğü modeli kullanıldı.

Toplamda 1974 katılımcı ve 11 çalışma meta-analize dahil edildi. Risperidon ilaç kolunda en yüksek etki büyüklüğüne sahipti. Meta-regresyonda merkezlerin sayısı ve katılımcıların sayısı yüksek plasebo yanıtıyla ilişkili bulundu. İlaç yanıtı etkileyen herhangi bir değişken bulunmadı. Meta-analizde herhangi bir yayın yanlığı tespit edilmedi. Çalışmada erişkin çalışmaları ile benzer sonuçlar bulundu. Randomize edilen katılımcı sayısını ve katılan merkez sayısını modifye etmek plasebo yanıtını sınırlayabilir ve RKÇ'lerin etkinliğini geliştirebilir ve ilaç-plasebo farklılıklarını arttırabilir.

Anahtar Sözcükler: Pediatrik Bipolar Bozukluk, plasebo yanıtı, meta-analiz, çocuk ve ergen

(Turkish J Clinical Psychiatry 2020;23:375-385)
DOI: 10.5505/kpd.2020.45822

The arrival date of article: 13.11.2019, Acceptance date publication: 18.12.2019

INTRODUCTION

Randomized controlled studies (RCTs) are gold standard clinical studies that are used to determine the efficacy and safety of drugs. Yet, many ethical, clinical or practical difficulties may be encountered during the design of these studies (1). Causes such as the cost burden of the studies, the heterogeneous nature of the diseases, the geographical differences, and the insufficient sample size may both complicate the conduction of the studies and alter or affect the response to placebo.

Placebo has been defined as "an attempt that is believed to be ineffective for a special medical treatment, or used to accelerate a medical treatment", or as "a treatment type used for its symbolic effect" (2). The placebo phenomenon was first used for pain perception and is still currently being studied (3). Theoretically, the effects of placebo have been described with classical conditioning, expectation and reward model theories. Many factors including the expectations of the physician and the patient, the color, the number and the administration route of the drugs used, the attitude of the physician and the patient characteristics have been advocated to be responsible for the placebo effect. The extent of the response to stimulants in life depends individually. The learned situations and the clinical appearance and biological structures of the individuals play a role on this situation. More complicated mechanisms such as changes in the emotional status, the motivation and cognitive functions play a role in the placebo response (4). Brain imaging techniques have also been used for investigation of the placebo response. Tonic activation of dopaminergic neurons in the dorsal striatum, ventral striatum and prefrontal cortex via positive expectations has been explained by efficacy of excitatory glutamate and inhibitory GABA impulses caused by placebo-derived reward expectation on dopaminergic neurons (5). Kemp et al. (2010) have explained the factors affecting the placebo response as delayed duration of studies, effects of rescue drugs such as sedation, insufficient optimization of drug doses, difficulties in compliance to the therapy or the study protocol, and different study designs (6). Other than that, financial support to participants and regression to the mean have been defined as causes that affect the placebo-drug difference. The drug-placebo difference may seem minimal due to the potential mediating nature of the disease severity, study populations including a higher number of patients with mild disease and the data obtained from these studies. RCTs have reported that the drug benefit possibility was higher among patients with previous severe symptoms (7). Recent meta-analyses have reported an increased placebo response among patients with acute schizophrenia within years, which has affected the drug-placebo differences as well (8). The same study demonstrates the importance of increasing the placebo response in studies within years as the only statistically significant parameter with industrial sponsorship. In the last 30 years, a reduction has been observed in the drug-placebo difference in antidepressant studies with the increase in the placebo response (9). Furthermore, certain characteristics such as the sample size and the study location have been significantly related to a higher placebo response in antidepressant studies. A statistically significant correlation has been determined between the placebo response and the number of institutes included in the study, age of the patients, percentage of male participants, year of publishing and the presence of psychotic findings in the meta-analysis of Yıldız et al. (2011) on the placebo response in bipolar manic attack (10). The study also demonstrates a higher possibility of pharmacological therapy response among young patients with bipolar disorder with a short duration of disease and lower possibility of the placebo response.

The majority of the studies conducted on the placebo response include adult participants. The studies mentioned above are dominantly those conducted on adults. The efficacy of psychiatric drugs (such as antidepressants) on children and adolescents may be different to the adult population. In a meta-analysis of antidepressant efficacy on children and adolescents, insufficient efficacy was determined except for fluoxetine, and an insignificant effect was observed in many of the drugs compared to placebo with a higher rate of side-effects (11). Additionally, in a clinical study investigating the placebo response in children and adolescents with anxiety disorder, no correlation was observed between the placebo response and age, gender, race or the diagnosis, but a positive correlation was

determined with the acute period of the disease (12).). In a review, bipolar disorder was observed to have a mixed features and a poor therapy response in children; thus, it was recommended that further studies should be conducted on the treatment and epidemiology of bipolar disease among children (13).

The placebo response and factors affecting the placebo response in children and adolescents have not been sufficiently investigated. Determining these factors could inform the design of future RCTs and optimize them to assess drug efficacy. Reducing the placebo response and optimizing the study design are important in bipolar disorder, which has a very heterogeneous symptomatology, especially in the manic episode of the disease, and designing randomized controlled studies due to its difficult nature caused by previously defined factors. There is no meta-analysis on the placebo response in the acute manic episode in children and adolescents. In this study, we aimed to help investigators design proper studies to minimize these factors.

METHODS

The review was conducted according to the PRISMA statement.

Search strategy

We searched electronic databases like PubMed, Medline, PsycINFO, Cochrane Library and Embase from January 1990 to July 2019. We used the following search terms: “Bipolar disorder”, “adolescent”, “young”, “acute mania”, “child”, “randomized”, “placebo controlled”, “lithium”, “risperidone”, “quetiapine”, “olanzapine”, “haloperidol”, “valproate”, “ziprasidone”, “aripiprazole”, “lurasidone”, “paliperidone”, “zotepin”, “asenapine”, “sertindole”, “chlorpromazine”, “thioridazine”, “fluphenazine”, “pimozide”, “zuclopenthixol”, clopenthixol”, “clozapine”. We tried to contact authors for additional information about some trials.

Study design and participants

Randomized placebo-controlled studies on children and adolescents (under 18 years of age) with the diagnosis of bipolar disorder type 1 manic episode (according to standardized diagnostic criteria, e.g. DSM-III, ICD-10 or newer versions) were included. The studies on the depressive episode of bipolar disease were not excluded. In addition, studies on adult populations (over 18 years of age), using not standardized diagnostic criteria, published before 1980 (DSM-III was published in 1980 and previous versions were not operationalized), including disorders other than bipolar disorder (more than 20% of the including participants), focusing on relapse prevention (stable patients) with less than 10 participants were excluded. Since the acute placebo response was analyzed, studies shorter than 18 weeks were included. No other limitations were implemented related to gender, ethnicity, severity of symptoms at the beginning or types of episodes (mixed, psychotic mania, pure mania) other than the age parameter. Studies using the standardized diagnostic tools (DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR, DSM-5, ICD-10) on the diagnosis of manic episode of bipolar disease were included in the study. Disorders within the spectra of schizophrenia, accompanied by affective findings such as schizoaffective disorder were excluded. The studies on the depressive episode of bipolar disease were not included in the study. Disorders frequently accompanied by bipolar disorder such as ADHD and CD were also excluded. Studies focusing on stable patients (continuum studies or post-stabilization drug addition studies) were excluded. If the rate of comorbidities such as mental retardation or ADHD were more than 80%, it was not included in the study for its intervening effect.

Interventions and comparator

Any type of pharmacological or supplement therapy was eligible irrespective of route of administration (oral, intramuscular, intranasal). All studies with fixed or flexible doses were included. Studies with a minimum duration of 7 days were included, whereas those with augmentation or recruitment therapies were not eligible. Psychosocial interven-

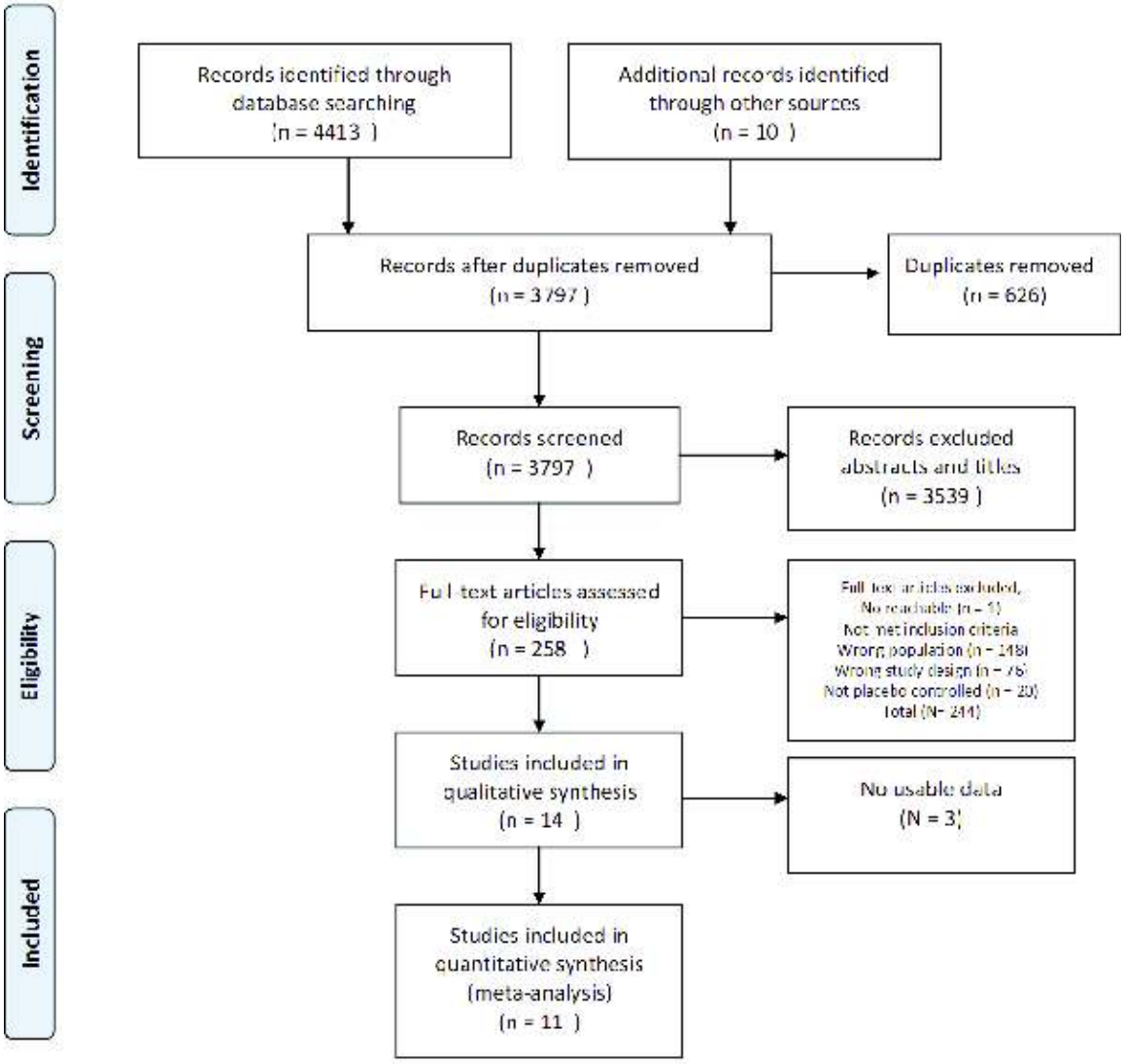


Fig1: PRISMA flow chart

tions, homeopathy, nutritional interventions (gluten-free diet, ketogenic diet etc.) were not eligible. The comparator was placebo.

Type of Studies

Placebo controlled, randomized studies conducted in the acute period of manic attack in bipolar disorder of children and adolescents were included in the study. In the case of a significant doubt on the randomization procedure, the study was excluded. No limitation was implemented for open and blinded studies. In cross-over studies, the first randomized and placebo controlled phase was included, while the post cross-over data were excluded. Studies from all nations and all languages were accepted; however, the Chinese studies were excluded due to certain clinical concerns (14).). The risk of bias assessment was evaluated by a minimum of two reviewers (ROÇ and PH) using the Cochrane Collaboration's risk of bias tool (15).

Screening and Data Extraction

Study selection against the inclusion criteria was done independently by three reviewers and they were blind each other (among, ROÇ, PH and MT). Conflicts were solved by the authors through discussion. NİH made last check and revisions. Subsequent to title selection, full-texts of the stu-

dies to be included in the study were accessed. Full-texts were read by two authors and those that met the inclusion criteria were included in the study. The data were extracted in excel and then checked by the second author (ROÇ and PH). The authors were contacted for further information. In particular, data regarding the intention-to-treat (ITT) and the last observation carried forward (LOCF) were preferred during the data collection. Standard deviation not mentioned in the text was calculated according to the standard deviations of other studies (16).

Outcomes

We investigated change from baseline to endpoint in mania symptoms as measured by the Young Mania Rating Scale (17). The efficacy of drugs and supplements in reducing mania symptoms was also investigated.

Statistical Analysis

Meta-analysis using random-effects models were conducted for the efficacy of drugs or supplements and for the response in placebo arms (single group meta-analysis). The effect size for the efficacy of drugs compared with placebo was the standardized mean difference (SMD) as Hedge's g. Mean difference (MD) was used for the placebo response, since only one scale was used (YMRS) and the SMD of pre- and post- results is not recommended (18). Heterogeneity was assessed using the I2 and considerable heterogeneity was found when I2 >=50%. The focus of this review was predictors of placebo response and meta-regression analyses were performed. The variables were defined in table 2. Variables selected for meta-regression were preferred according to the propriety of the data in the studies and among parameters reported to be effective on the placebo response in the literature. Publication bias was assessed with the Egger test

Table 1 . Study Characteristics

Study	Drug/Number of participants	Mean Doses or Range	Duration (weeks)	In/Out Patient	Episode type (mixt or pure)	Diagnostic criteria	Countries/ Study sites	Number of the sites	Age	YMRS Baseline scores for placebo arm	Sponsorhip
DelBello 2005	Topiramate n = 29 Placebo n = 27	278 mg	4	Outpatient	Both	DSM-IV	USA	15	6-17	29.9	Sponsored
Wagner 2006	Oxcarbazepine n = 59 Placebo n = 57	1515 mg	7	Outpatient	Both	DSM-IV	USA	20	7-18	28.8	Sponsored
Tohen 2007	Olanzapine n = 107 Placebo n = 54	10.7 mg	3	Outpatient	Both	DSM-IV	USA, Porto Riko	26	13-17	32.04	Sponsored
Wagner 2009	Divalproex ER n = 76 Placebo n = 74	1286 mg	3	Outpatient	Both	DSM-IV	USA	24	10-17	31.3	Sponsored
Haas 2009	Risperidone n = 111 Placebo n = 58	0.5-6 mg	3	Outpatient	Both	DSM-IV	USA	21	10-17	31	Sponsored
Findling 2009	Aripiprazole n = 195 Placebo n = 99	10-30 mg	4	Both	Both	DSM-IV	USA	53	10-17	30.7	Sponsored
Findling 2013	Ziprasidone n = 149 Placebo n = 88	106.6 mg	4	Both	Both	DSM-IV	USA	36	10-17	27	Sponsored
Pathak 2013	Quetiapine n = 188 Placebo n = 89	400-600 mg	3	Both	Both	DSM-IV	USA	34	10-17	30.7	Sponsored
Kowatch 2015	Risperidone n = 18 Valproat n = 21 Placebo n = 7	Risperidone = 0.5 mg Valproat = 300 mg	6	Outpatient	Both	DSM-IV	USA	2	3-7	30.57	Non-Sponsored
Findling 2015a	Asenapine n = 302 Placebo n = 101	5-20 mg	3	N/A	Both	DSM-IV	USA, Russia	86	10-17	30	Sponsored
Findling 2015b	Lithium n = 53 Placebo n = 28	1483 mg	8	Outpatient	Both	DSM-IV	USA	10	7-17	30	Sponsored

Figure 2.

when more than 10 studies were available (19). For the data analyses, the meta and metaphor package R studio was used.

RESULTS

From 4423 studies found in the search, 11 were included in the study (20-30). PRISMA flow chart was showed in Figure 1. The study characteristics have been presented in Table 1. A total of n = 1974 participants were included in 11 studies. Among these, n = 1294 belonged to drug groups and n= 680 belonged to placebo groups. A study about Flax oil (31) was excluded in the analysis since the data of the scales were not proper. The bias risk was evaluated by two authors and demonstrated in table 4. Accordingly, all of the studies included at least one unclear moderate level of bias risk. The drug-placebo comparison has been demonstrated in Figure 2. Placebo response

The pooled mean difference of placebo response in YMRS was -8.30 (%95 CI [-9.03; -7,56]) (Figure 3). Some heterogeneity was found but it was not considerable (I2 = %21, p = 0,24).

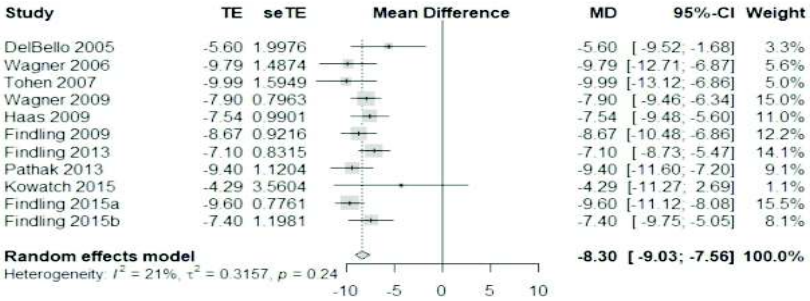


Figure 3.
Drug efficacy

Publication bias for placebo response

All drugs except oxcarbazepine, divalproex ER and valproate, were found to be more effective than placebo in childhood acute mania. The effect size by pooling all drugs was medium (SMD = -0.61, %95 CI [-0.78, -0.44]). The most effective drug in acute mania was determined to be risperidone. According to GRADE quality of evidence, certainty of the evidence of this meta-analysis was moderate (Table 3).

Predictors of placebo response

The results of meta-regressions are presented in Table 2. The number of centers (Beta= -0.028, p= 0,038) and the sample size (Beta=-0.007, p= 0,034) were positively associated with placebo response (Figure 4; blue= placebo arm, red= drug arm). It was observed as a result of drug group regression analyses that none of the variables had a significant effect on the drug response. No significance was determined for the mean age or age of disease onset (p= 0.054 and p= 0.0506, respectively).

In order to evaluate the study tendentiousness, the Egger (Egger et al., 1997) test was performed and no tendentiousness was determined (19) (p=0,55).

DISCUSSION

This study is the first meta-analysis to evaluate the placebo response and factors affecting the placebo response in the treatment of acute mania in children and adolescents. Our results are similar to a previous meta-analysis evaluating the placebo response in acute mania of adults revealed a higher placebo response in a) higher number of institutes included in the study and b) lower rate of male participants c) higher mean ages of the participants (10). In the same study, it was mentioned that psychotic characteristics could also be effective on the placebo response. The placebo response increased when number of the participant and number of the study centers increased. No significance was determined between the percentage of female gender and the placebo response (Table 2). The increased number centers could lead to diversity of the par-

Summary of findings:

Psychotropics compared to placebo for acute mania in pediatric bipolar disorder

Patient or population: acute mania in pediatric bipolar disorder
Setting:
Intervention: Psychotropics
Comparison: placebo

Outcomes	SMD (95% CI)	? of participants (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)	Comments
YMRS	-0.61 [-0.78; -0.44]	1974 (11 RCTs)	MODERATE [a,b,c,d]	-

*__The risk in the intervention group__ (and its 95% confidence interval) is based on the assumed risk in the comparison group and the__relative effect__ of the intervention (and its 95% CI).

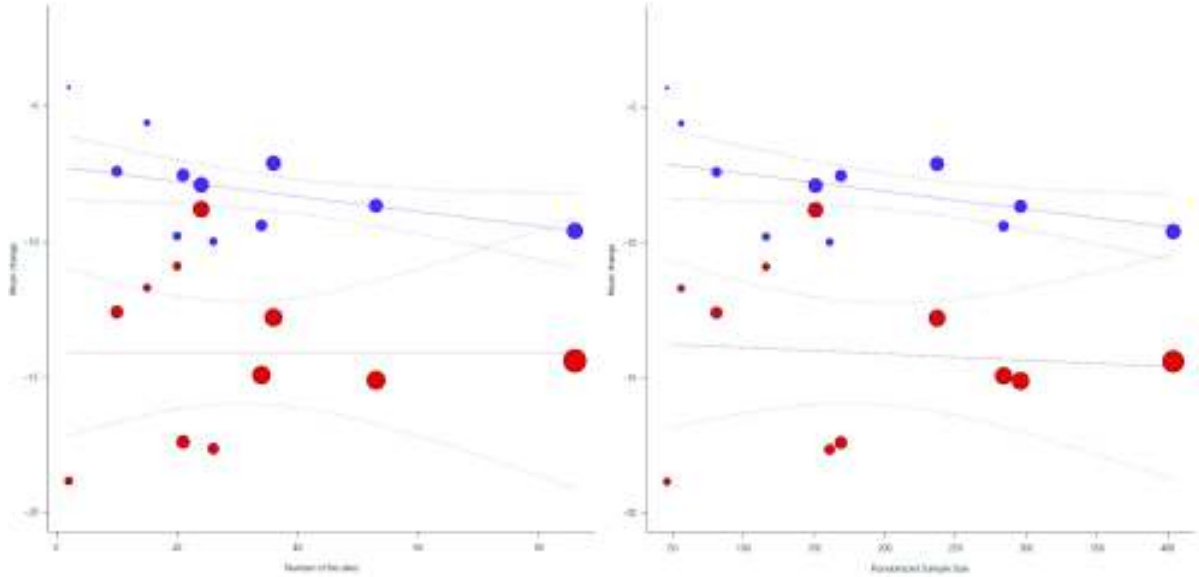
CI: Confidence interval; **SMD:** Standardised mean difference

GRADE Working Group grades of evidence
High certainty: We are very confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect
Moderate certainty: We are moderately confident in the effect estimate: The true effect is likely to be close to the estimate of the effect, butthere is a possibility that it is substantially different
Low certainty: Our confidence in the effect estimate is limited: The true effect may be substantially different from the estimate of the effect
Very low certainty: We have very little confidence in the effect estimate: The true effect is likely to be substantially different from the estimate of effect

Explanations
a.Inconsistency: rated as serious due to Heterogeneity among studies I = 63
b. Indirectness: rated as not serious
c. Imprecision: rated as not serious, considerable amount of participants (n= 1974)
d. Risk of Bias: rated as not serious, included studies have some concerns in terms of randomization but it seems to be caused by reporting. Low risk of bias in terms of allocation concealment, blinding of outcome assessors and selective reporting.

Table 3.

Figure 4.



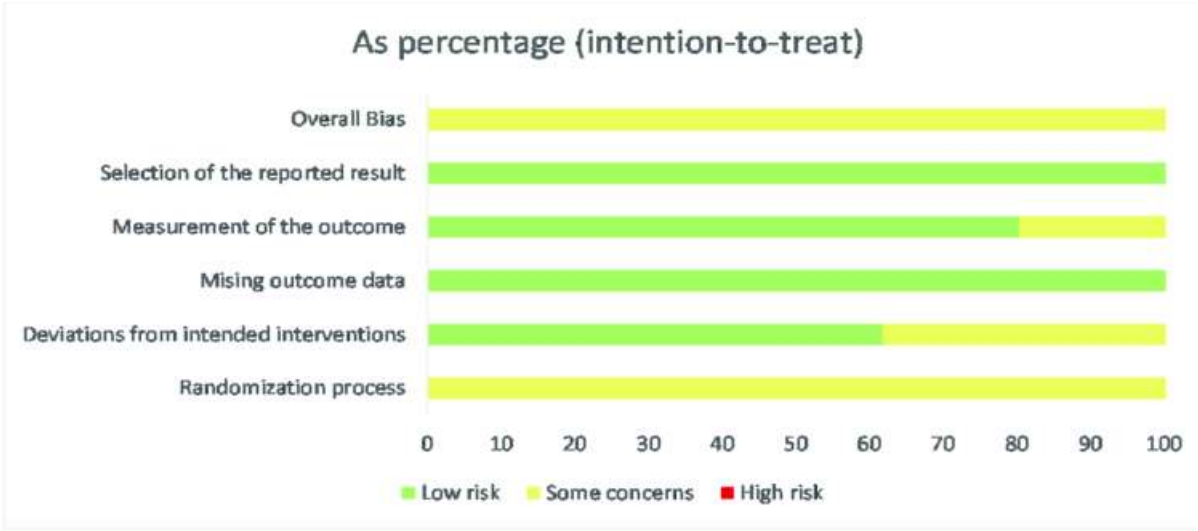
ticipants and scale scoring clinicians. This heterogeneity may affect the placebo response. It has been demonstrated in Table 2 that multi-center design and an increased number of participants could explain the heterogeneity, which was not considerable for placebo response (I2= 21%). Participants with mixed characteristics or pure mania may have different placebo responses. However, since pooled data are used in the study, these were not separated. Although borderline insignificance was observed for the age of disease onset (p= 0,0506), as the age of disease onset decreased, the placebo response seemed to decrease as well. This suggests that cases with early onset of the disease had a neuro-developmental background and were more difficult to treat. In our study, no effect of the study duration on the placebo response was detected. However, this may be due to the limitation of the study to the acute mania period only (<18 weeks). It should be considered that the elapsed time may affect the placebo response due to the possibility of regression to the mean, and faster cycles of changes between emotional switches in children and adolescents.

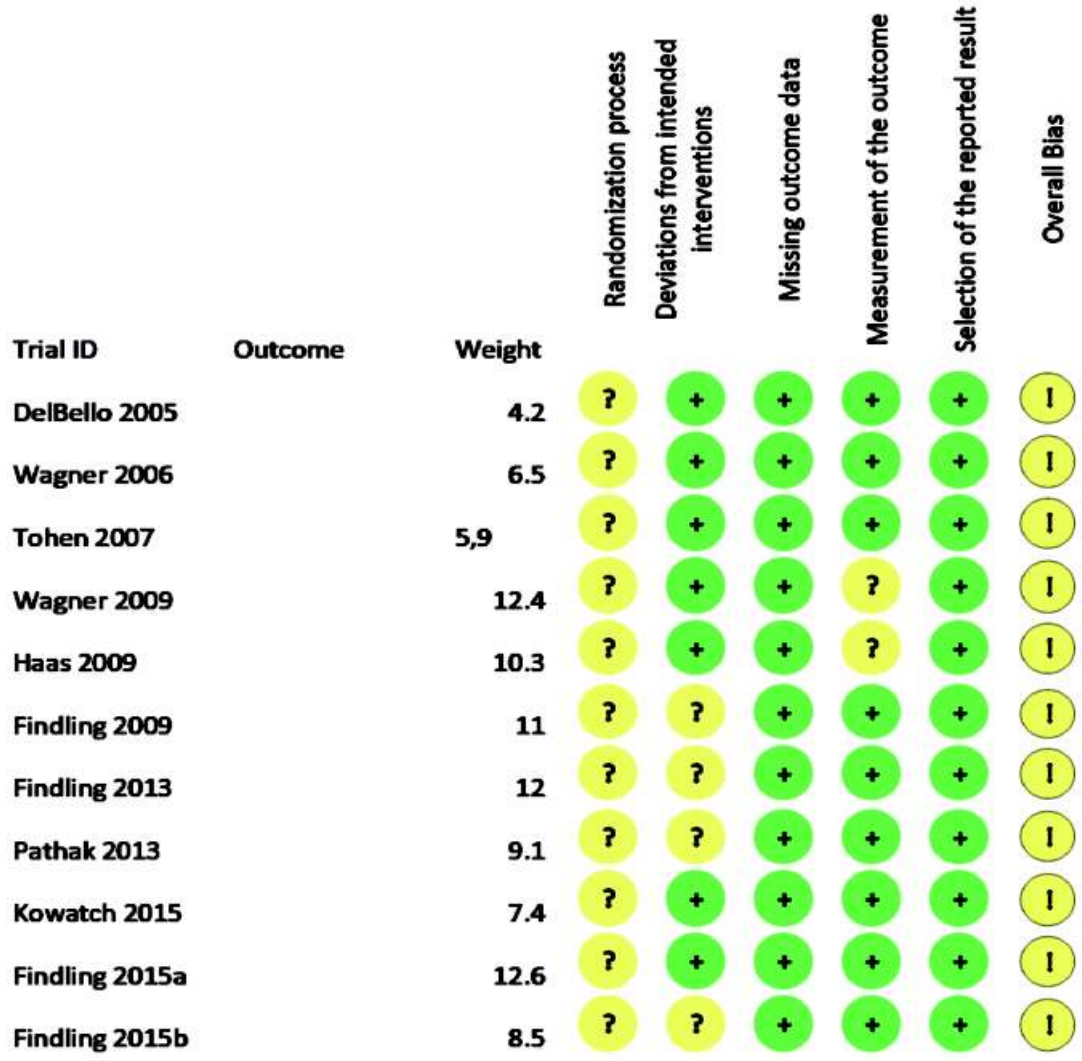
Sponsorship were not associated with placebo response. However, a correlation was observed between the number of multi-center studies and the participants; most multi-center studies with large sample sizes had been conducted in the sponsorship of drug industries. Herein, the low number of studies included may be a problem. However, in the large-sample meta-regression study of Leucht (2018), no correlation was found between industrial sponsorship and the placebo response (32). Although sponsorship is not a direct cause of bias itself, difficulties during procedures may change the placebo response. We found that the placebo response is not increased in time in contrast to adult studies (Table 2).

In our study, the placebo response was found to be high (See Figure 3). “Professional patients” should be added to the previously discussed causes. Generalizability would increase with the increase in the number of patients included accordingly. However, in multi-center studies with large sample size, the patients are selected via advertisements, and a group of patients is developed that provides livelihood from these studies. Altered motivations of these patients may affect the generalization of the placebo response to the universe (33).

Our study had some limitations. First, although a wide research was performed for the study inclusion, the number of placebo controlled randomized studies on children and adolescents is limited. Therefore, only 11 studies could be included. Furthermore, meta-regression analysis were suffered of poor statistical power due to the limited number of studies and their results should be interpreted with most caution and only as exploratory. Thus, we did not correct the threshold of statistical significance for multiple comparisons. The most powerful aspect of our study was that it was the first

Table 4.


As percentage (intention-to-treat)
Overall Bias
Selection of the reported result
Measurement of the outcome
Mising outcome data
Deviations from intended interventions
Randomization process
0
10
20
30
40
50
60
70
80
90
100
Low risk
Some concerns
High risk


Trial ID
Outcome
Weight
Randomization process
Deviations from intended interventions
Missing outcome data
Measurement of the outcome
Selection of the reported result
Overall Bias
DelBello 2005 4.2
Wagner 2006 6.5
Tohen 2007 5,9
Wagner 2009 12.4
Haas 2009 10.3
Findling 2009 11
Findling 2013 12
Pathak 2013 9.1
Kowatch 2015 7.4
Findling 2015a 12.6
Findling 2015b 8.5

study to evaluate the placebo response and factors affecting the placebo response in acute mania observed in children and adolescents, and the most current meta-analysis on drug effects. The heterogeneous nature of the disease, the frequency of comorbidities, the difficulties in the study design and the time-dependent progression could not be investigated and may play important roles in placebo response. The studies included in the study have revealed accompanying attention deficit, hyperactivity disorder, behavioral disorder, dissent and dispute disorder in most of the patients. Comorbid diseases may be a moderator to exert the placebo response and drug response. Sub-group analysis should be performed or the data set of each study should be accessed for this purpose. When it is considered that many comorbid diseases accompany bipolar disorder in children and adolescents, the symptoms of these diseases and mania may be confused and may change the scale scores.

CONCLUSION

Despite the limited number of studies, factors affecting the placebo response are similar to those with the adult studies. Further randomized, placebo controlled studies should be conducted on acute mania in children. Modification of the placebo response is necessary for determining more accurate drug responses. Despite large placebo responses, the efficacy of the drugs in the manic episode of the children and adolescents with bipolar disorder is observed to be moderate-high.

ACKNOWLEDGMENT

R. Ogulcan Ciray would like to thank to Prof. Stefan Leucht and Dr. Spyridon Siafis for their mentoring and valuable suggestions.

FUNDING

This study was not supported by and institutions or company. Authors have no disclosures or conflicts.

Correspondence address: M. D. Remzi Ogulcan Ciray, Dokuz Eylul University Medical School, Child Psychiatry Department, Izmir, Turkey remziogulcanciray@gmail.com

REFERENCES

1. Charney DS, Nemeroff CB, Lewis L, Laden SK, Gorman JM, Laska EM, Borenstein M, Bowden CL, Caplan A, Emslie GJ, Evans DL, Geller B, Grabowski LE, Herson J, Kalin NH, Keck PE, Jr., Kirsch I, Krishnan KR, Kupfer DJ, Makuch RW, Miller FG, Pardes H, Post R, Reynolds MM, Roberts L, Rosenbaum JF, Rosenstein DL, Rubinow DR, Rush AJ, Ryan ND, Sachs GS, Schatzberg AF, Solomon S. National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the use of placebo in clinical trials of mood disorders. Arch Gen Psychiatry. 2002;59:262-70.

2. Brody H. The lie that heals: the ethics of giving placebos. Annals of internal medicine. 1982;97:112-8.

3. Beecher HK. The powerful placebo. Journal of the American Medical Association. 1955;159:1602-6.

4. Oken BS. Placebo effects: clinical aspects and neurobiology. Brain : a journal of neurology. 2008;131:2812-23.

5. de la Fuente-Fernandez R, Schulzer M, Stoessl AJ. Placebo mechanisms and reward circuitry: clues from Parkinson's disease. Biol Psychiatry. 2004;56:67-71.

6. Kemp AS, Schooler NR, Kalali AH, Alphs L, Anand R, Awad G, Davidson M, Dube S, Ereshefsky L, Gharabawi G, Leon AC, Lepine JP, Potkin SG, Vermeulen A. What is causing the reduced drug-placebo difference in recent schizophrenia clinical trials and what can be done about it? Schizophrenia bulletin. 2010;36:504-9.

7. Kirsch I. Antidepressants and the placebo response. Epidemiologia e psichiatria sociale. 2009;18:318-22.

8. Leucht S, Leucht C, Huhn M, Chaimani A, Mavridis D, Helfer B, Samara M, Rabaioli M, Bacher S, Cipriani A, Geddes JR, Salanti G, Davis JM. Sixty Years of Placebo-Controlled Antipsychotic Drug Trials in Acute Schizophrenia: Systematic Review, Bayesian Meta-Analysis, and Meta-Regression of Efficacy Predictors. Am J Psychiatry. 2017;174:927-42.

9. Khan A, Bhat A, Kolts R, Thase ME, Brown W. Why has the antidepressant-placebo difference in antidepressant clinical trials diminished over the past three decades? CNS neuroscience & therapeutics. 2010;16:217-26.

10. Yildiz A, Vieta E, Tohen M, Baldessarini RJ. Factors modifying drug and placebo responses in randomized trials for bipolar mania. Int J Neuropsychopharmacol. 2011;14:863-75.

11. Cipriani A, Zhou X, Del Giovane C, Hetrick SE, Qin B, Whittington C, Coghill D, Zhang Y, Hazell P, Leucht S, Cuijpers P, Pu J, Cohen D, Ravindran AV, Liu Y, Michael KD, Yang L, Liu L, Xie P. Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. Lancet (London, England). 2016;388:881-90.

12. Strawn JR, Dobson ET, Mills JA, Cornwall GJ, Sakolsky D, Birmaher B, Compton SN, Piacentini J, McCracken JT, Ginsburg GS, Kendall PC, Walkup JT, Albano AM, Rynn MA. Placebo Response in Pediatric Anxiety Disorders: Results from the Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2017;27:501-8.

13. Emiroglu FN, Diler RS. Pediatric bipolar disorders: from the perspective of Turkey. Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal de l'Academie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. 2009;18:206-14.

14. Woodhead M. 80% of China's clinical trial data are fraudulent, investigation finds. BMJ (Clinical research ed). 2016;355:i5396.

15. Higgins JPT AD, Sterne JAC. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5.2.0, Cochrane, 2017

16. Furukawa TA, Barbui C, Cipriani A, Brambilla P, Watanabe N. Imputing missing standard deviations in meta-analyses can provide accurate results. Journal of clinical epidemiology. 2006;59:7-10.

17. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. Br J Psychiatry. 1978;133:429-35.

18. Cuijpers P, Weitz E, Cristea I, Twisk J. Pre-post effect sizes should be avoided in meta-analyses. Epidemiology and psychiatric sciences. 2017;26:364-8.

19. Egger M, Davey Smith G, Schneider M, Minder C. Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. BMJ (Clinical research ed). 1997;315:629-34.

20. Delbello MP, Findling RL, Kushner S, Wang D, Olson WH, Capece JA, Fazzio L, Rosenthal NR. A pilot controlled trial of topiramate for mania in children and adolescents with bipolar disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2005;44:539-47.

21. Wagner KD, Kowatch RA, Emslie GJ, Findling RL, Wilens TE, McCague K, D'Souza J, Wamil A, Lehman RB, Berv D, Linden D. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of oxcarbazepine in the treatment of bipolar disorder in children and adolescents. Am J Psychiatry. 2006;163:1179-86.

22. Tohen M, Kryzhanovskaya L, Carlson G, Delbello M, Wozniak J, Kowatch R, Wagner K, Findling R, Lin D, Robertson-Plouch C, Xu W, Dittmann RW, Biederman J. Olanzapine versus placebo in the treatment of adolescents with bipolar mania. Am J Psychiatry. 2007;164:1547-56.

23. Wagner K, Redden L, Kowatch R, Wilens T, Segal S, Chang K, Wozniak P, Vigna N, Abi-Saab W, Saltarelli M, Wagner KD, Redden L, Kowatch RA, Wilens TE, Segal S, Chang K, Wozniak P, Vigna NV, Abi-Saab W, Saltarelli M. A Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Trial of Divalproex Extended-Release in the Treatment of Bipolar Disorder in Children and Adolescents. Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry. 2009;48:519-32.

24. Haas M, Delbello MP, Pandina G, Kushner S, Van Hove I, Augustyns I, Quiroz J, Kusumakar V. Risperidone for the treatment of acute mania in children and adolescents with bipolar disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. Bipolar Disord. 2009;11:687-700.

25. Findling R, Nyilas M, Forbes R, McQuade R, Jin N, Iwamoto T, Ivanova S, Carson W, Chang K, Findling RL, Nyilas M, Forbes RA, McQuade RD, Jin N, Iwamoto T, Ivanova S, Carson WH, Chang K. Acute Treatment of Pediatric Bipolar I Disorder, Manic or Mixed Episode, With Aripiprazole: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study. Journal of Clinical Psychiatry. 2009;70:1441-51.

26. Findling R, Correll C, Nyilas M, Forbes R, McQuade R, Jin N, Ivanova S, Mankoski R, Carson W, Carlson G, Findling RL, Correll CU, Nyilas M, Forbes RA, McQuade RD, Jin N, Ivanova S, Mankoski R, Carson WH, Carlson GA. Aripiprazole for the treatment of pediatric bipolar I disorder: a 30-week, randomized, placebo-controlled study. Bipolar Disorders. 2013;15:138-49.

27. Pathak S, Findling RL, Earley WR, Acevedo LD, Stankowski J, Delbello MP. Efficacy and safety of quetiapine in children and adolescents with mania associated with bipolar I disorder: a 3-week, double-blind, placebo-controlled trial. J Clin Psychiatry. 2013;74:e100-9.

28. Kowatch R, Scheffer R, Monroe E, Delgado S, Altaye M, Lagory D, Kowatch RA, Scheffer RE, Monroe E, Delgado S, Altaye M, Lagory D. Placebo-Controlled Trial of Valproic Acid Versus Risperidone in Children 3-7 Years of Age with Bipolar I Disorder. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology. 2015;25:306-13.

29. Findling R, Landbloom R, Szegedi A, Koppenhaver J, Braat S, Zhu Q, Mackle M, Chang K, Mathews M, Findling RL, Landbloom RL, Szegedi A, Koppenhaver J, Braat S, Zhu Q, Mackle M, Chang K, Mathews M. Asena pine for the Acute Treatment of Pediatric Manic or Mixed Episode of Bipolar I Disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2015;54:1032-41.

30. Findling RL, Robb A, McNamara NK, Pavuluri MN, Kafantaris V, Scheffer R, Frazier JA, Rynn M, DelBello M, Kowatch RA, Rowles BM, Lingler J, Martz K, Anand R, Clemons TE, Taylor-Zapata P. Lithium in the Acute Treatment of Bipolar I Disorder: A Double-Blind, Placebo-Controlled Study. Pediatrics. 2015;136:885-94.

31. Gracious B, Chirieac M, Costescu S, Finucane T, Youngstrom E, Hibbeln J, Gracious BL, Chirieac MC, Costescu S, Finucane TL, Youngstrom EA, Hibbeln JR. Randomized, placebo-controlled trial of flax oil in pediatric bipolar disorder. Bipolar Disorders. 2010;12:142-54.

32. Leucht S, Chaimani A, Leucht C, Huhn M, Mavridis D, Helfer B, Samara M, Cipriani A, Geddes JR, Salanti G, Davis JM. 60years of placebo-controlled antipsychotic drug trials in acute schizophrenia: Meta-regression of predictors of placebo response. Schizophr Res. 2018;201:315-23.

33. Leucht S, Hierl S, Kissling W, Dold M, Davis JM. Putting the efficacy of psychiatric and general medicine medication into perspective: review of meta-analyses. The British journal of psychiatry : the journal of mental science. 2012;200:97-106.