



ISSN 1302-0099 / e-ISSN 2146-7153

KLİNİK psikiyatri

www.klinikpsikiyatri.org DERGİSİ



Yıl / Year: 2021

Cilt / Volume: 24

Sayı
Number 2

ANP
Yayıncılık





Easy tab 5 ▶ 10 ▶ 15mg
ABİZOL
Aripiprazol 5 ▶ 10 ▶ 15 ▶ 20 ▶ 30mg | Oral Çözelti 1mg/ml



SAĞLIK İÇİN
DEĞER



Lütfen ayrıntılı bilgi için firmamıza başvurunuz
NOBEL İLAÇ SANAYİİ VE TİCARET A.Ş.
Sarıyıldız, Dr. Adnan Kaya Bulvarı Cad. No: 34/34564 Ümraniye/İstanbul
Tel: 216 633 90100 Faks: 216 633 90101 www.nobel.com.tr

Kısa Ürün Bilgisi için Kare Kodu cihazınıza okutunuz.
<https://www.nobel.com.tr/urunler/ilaclar?activeSubstance=13>



ABZ2103_146_L1

İçindekiler / Contents

Editörden / Editorial

- 133 **Pandemi ve çocuğa yönelik ayrımcılık-Okul kapatma: Bir çocuk hakları ihlali**
Pandemics and discrimination against children-School closure: A violation of childrens' rights
Sevcan Karakoç Demirkaya

Araştırma Yazıları / Research Articles

- 135 **Diyarbakır'daki taziye evlerinde akut dönem yas sürecinin yaşanması ve yasin ağırlık derecesine etki eden faktörlerin belirlenmesi**
Acute grief experience in Diyarbakir condolence houses and the factors influencing the severity of grief
Evindar Karabulut, Azad Günderci, Şakir Özen
- 145 **Prematür ejakülasyon hastalarında mizaç ve karakter özellikleri**
Temperament and character traits of premature ejaculation patients
İmran Gökçen Yılmaz Karaman, Gülcan Güleç, İlkur Gündoğdu, Çınar Yenilmez, Aydın Yenilmez
- 153 **İskemi modifiye albumin: Yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozuklukta genel metabolik risk için potansiyel bir belirteç**
Ischemia modified albumin: A potential marker for global metabolic risk in generalized anxiety disorder and panic disorder
Esra Kabadayı Sahin, Gökçen Turan, Salim Neselioglu, Murat İlhan Atagün
- 160 **Birinci basamak hekimlerinin, psikiyatri ile ilgili temel hekimlik uygulamalarına dair öz yeterlilik algılarının ve görüşlerinin incelenmesi: Ulusal çapta bir çalışma**
Evaluation of self-perceived competency levels and perspectives of primary care physicians on psychiatry related basic practical skills: A nationwide study in Turkey
Özlem Coşkun, Yavuz Selim Kiyak, Işıl İrem Budakoğlu, Dilek Öztaş, Özgür Erdem, Selçuk Aslan
- 167 **Ergenlerde depresif semptomlar ve vücut kitle indeksi: Ebeveyn psikolojik kontrolünün ve yaşın durumsal aracılık etkisi**
Depressive symptoms and body mass index among adolescents: A moderated mediation model of parental psychological control and age
Neşe Nizamettinoglu, Cennet Şafak Öztürk, Yaşar Kuzucu, Mehmet Şakiroğlu, Çiğdem Dereboy
- 181 **Ergenlerde algılanan ebeveyn tutumu ve duygusal zeka arasındaki ilişkide, dijital oyun bağımlılığının aracı rolünün incelenmesi**
The mediator effect of digital game addiction on the relationship between perceived parental attitudes and emotional intelligence among adolescents
Gizem Tetik, Z. Deniz Aktan
- 191 **Çoklu antipsikotik kullanımı: Psikotik bozukluk izlem polikliniğinde takip edilen olguların geriye dönük değerlendirilmesi**
Antipsychotic polypharmacy: Retrospective evaluation of cases with psychotic disorder followed in outpatient clinic
Şahabettin Çetin, Melike Ceyhan Balcı Şengül, Osman Özdel
- 199 **Yaşam doyumu ve öznel zindeliğin COVID-19 korkusu ile problemli internet kullanımı arasındaki aracılık ilişkisi**
The mediation relationship between life satisfaction and subjective vitality fear of COVID-19 and problematic internet use
Adem Peker, Serkan Cengiz, Melike Nebioğlu Yıldız
- 207 **Çocuklar için özel gereksinim raporuna geçiş sonrası bir yıllık sağlık kurulu verilerinin değerlendirilmesi**
The evaluation of medical board report datas for one year period after the transition to special needs report for children
Barış Güller, Ferhat Yaylacı
- 217 **Suça sürüklenen çocukların adli psikiyatrik değerlendirme ve rapor sonuçları: İki yıllık retrospektif dosya**
Forensic psychiatric evaluation and reports of juvenile pushed to crime: A two-year retrospective chart review
Çilem Bilginer, Serkan Karadeniz, Sevdâ Hızarcı, Berire Çekin Yılmaz, Sema Kandil
- 228 **Özgül öğrenme bozukluğu tanısı olan çocukların depresif belirtileri ve benlik algıları arasındaki ilişkinin incelenmesi: Duygu düzenleme güçlüğü'nün aracı rolü**
The investigation of the relationship between depressive symptoms and self-perception in children diagnosed with specific learning disorder: The mediator role of difficulties in emotional regulation
Halime Şenay Güzel, Gözde Akkaya, Meltem Altuntaş
- 239 **COVID-19 tanısı ile tedavi gören bireylerin iyileşme dönemi sonrasında psikiyatrik tanı açısından değerlendirilmesi**
Psychiatric evaluation of individuals treated with the diagnosis of COVID-19 following recovery period
Barış Yılbaş

Derleme / Review

- 246 **Buspiron, SSRI / SNRI kaynaklı bruksizm için bir çözüm olabilir mi?**
Can Buspirone be a Remedy for an SSRI / SNRI-induced Bruxism?
Sultan Efsun Tamdemir, Bahadır Geniş, Muhammed Hakan Aksu, Cicek Hocaoglu

Olgu Sunumu / Case Reports

- 257 **Gözlenebilir kompulsiyonların eşlik etmediği obsesyonların bilişsel davranışçı terapi ile tedavisi**
Cognitive behavioral therapy treatment of obsessions without observable compulsions
Elif Üzümcü, Müjgan Inozu
- 265 **Borderline kişilik bozukluğunda oto-vampirizm: Olgu sunumu**
Auto-vampirism in borderline personality disorder: A case report
Aslı Kazgan, Sevil Yildiz, Sevdâ Korkmaz, Murad Atmaca

Editöre Mektup / Letter to editor

- 270 **COVID 19 Pandemisi ve çocuk ruh sağlığı alanında telepsikiyatrinin kullanımı**
COVID19 Pandemic and the use telepsychiatry in child mental health practices
Hande Ayraler Taner

Editörler Kurulu/ Editorial Board**Onursal Editör**

Nevzat Yüksel
Burhanettin Kaya

Editör

Mehmet Yumru
Meram Can Saka
Sevcan Karakoç Demirkaya
Deniz Ceylan
Hamid Boztaş
Gamze Özçürümez
Halis Ulaş
Neşe Direk

Dış İlişkiler Editörleri

Mohammad Ghaziuddin
Muzaffer Kaşer

İstatistik Editörü

Gülşah Seydaoğlu

Danışma Kurulu/Advisory Board

Aseha Akdemir	Köksal Alptekin
Aslıhan Dönmez	Levent Küey
Aylin Uluşahin	Mehmet Zihni Sungur
Aylin Yazıcı	Mustafa Sercan
Ayşe Devrim Başterzi	Nahit Özmenler
Ayşe Gül Yılmaz Özpolat	Naomi Fineberg
Bedriye Öncü	Nesim Kuğu
Bengi Semerci	Okan Taycan
Berna Uluğ	Orhan Murat Koçak
Can Cimilli	Paul Fletcher
Cem Atbaşoğlu	Raşit Tükel
Cem İncesu	Runa Uslu
Cem Kaptanoğlu	Salih Sele
Cengiz Tuğlu	Sedat Batmaz
Çınar Yenilmez	Seher Akbaş
Doğan Şahin	Selçuk Candansayar
Doğan Yeşilbursa	Serap Erdogan Taycan
Ejder Akgün Yıldırım	Simavi Vahip
Erkan Özcan	Süheyla Ünal
Ertan Yurdakoş	Şahika Yüksel
Hakan Gürvit	Şeref Özer
Hakan Türkçapar	Tamer Aker
Haldun Soygür	Timuçin Oral
Hasan Kandemir	Tolga Binbay
İşıl Vahip	Tunç Alkın
İnci Özgür İlhan	Zeliha Tunca
İsmet Kırpınar	

Bu sayıda görüş ve önerileri ile yayın kalitemize katkıda bulunan danışmanlarımız

Ali Kandeğer	Ozhan Yalcin	Murat Eyüboğlu	İnci Meltem Atay	Umut Kırılı	Didem Sücüllüoğlu Dikici
Anıl Kırmızı	Özlem Tunçel	Hozan Saatçioğlu	Çilem Bilginer	Şevin Hun Şenol	Rabia Nazik Yüksel
Çiçek Hocaoglu	Öznur Bilaç	Burcu Kardeş	Banu Yılmaz	Sema Barlas	Burçin Çolak
Sedat Batmaz	Murat İlhan Atagün	Mükerrem Güven	Cennet Şafak Öztürk	Pervin Tunç	Fikret Poyraz Çökmüş
Sevler Yıldız	Müge Artar	Bürge Kabukçu Başay	Gökhan Sarısoy	E. Tuğba Özel Kızıl	Bengi Semerci
Can Cimilli	Ömer Kardeş	Esra Yazıcı	Ferdi Köşger	İlyas Kaya	İbrahim Tuğrul
Süheyla Ünal	Esra Demirci	Emre Mısır	Dişad Foto Özdemir	Önder Kavakçı	Sezen Köse
Damla Eyüboğlu	Ahmet Yasin	Dursun Hakan Delibaş	Ceren Gökdağ	Ömer Aydemir	Sibelnur Avcil
Kerim Uğur	Okan Taycan	Ömer Faruk Akça	Burcu Akın Sarı	Güneş Devrim Kıcılı	Hacer Gizem Gerçek
Mehmet Ak	Aslı Ercan Doğan	Şahika Yüksel	Berker Duman	Masum Öztürk	Münevver Hacıoğlu
Berna Gündüz Çıtır	Azize Atıl Özbaş	Onur Okan Demirci	Damla Sayar	Melek Hande Demir	Yıldırım
Ayşegül Koç	Tolga Binbay	Artuner Deveci	Özden Şükran Üneri	Kürşat Altınbaş	Fatih Özel
Onur Yılmaz	Nazmiye Yıldırım	Aslı Süre Adanır	Hülya Arslantaş	Yasemin Hoşgören Alıcı	Hüseyin Soysal
Ahmet Topuzoğlu	Osman Özdel	Mustafa Sercan	Hayriye Dilek Hamurcu	Haldun Soygür	Önder Küçük,
					Eylem Şahin Cankurtaran

Klinik Psikiyatri Dergisi aşağıdaki dizinlerde yer almaktadır**Emerging Sources Citation Index (ESCI)** (2017 yılından itibaren)

Scopus (2017 yılından itibaren)

DOAJ (2018 yılından itibaren)

EBSCO Academic Search Complete (2007 yılından itibaren)

EBSCO TOC Premier (2007 yılından itibaren)

Türkiye Atif Dizini (2000 yılından itibaren)

PsycINFO/ Psychological Abstracts (2004 yılından itibaren)

TÜBİTAK/ULAKBİM-Türk Tıp Dizini (2000 yılından itibaren)

Google Scholar (1998 yılından itibaren)

Index Scholar (2007 yılından itibaren)

Akademik Dizin (2000 yılından itibaren)

Türk Medline (2000 yılından itibaren)

Türk Psikiyatri Dizini (1998 yılından itibaren)

CIRRIE

Index Copernicus

Yazışma Adresi / For Correspondence: Klinik Psikiyatri Dergisi

Fabrikalar Mah. 3024 Sok. No:13 Kepez/ Antalya

Tel/Faks: 0242 244 88 83/0242 244 20 99

e-mail: klinikpsikiyatri@gmail.com

Web adresi: www.klinikpsikiyatri.org

Sahibi ve Yazı İşleri Müdürü

Terapi Tıp Merkezi

ANP Özel Sağlık Hizmetleri Ltd. Şti. Adına,

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.

Pandemi ve çocuğa yönelik ayrımcılık-Okul kapatma: Bir çocuk hakları ihlali

Pandemics and discrimination against children-School closure: A violation of childrens' rights

Sevcan Karakoç Demirkaya¹

¹Doç. Dr., Klinik Psikiyatri Dergisi Editörü

Doğuş Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-2778-9174>

20 Kasım 1989'da Birleşmiş Milletler tarafından imzalanan "Çocuk Hakları Sözleşmesi", İnsan Hakları Bildirgesi'nin tamamlayıcısı olarak özel bir grup olan çocuklar için Türkiye'nin de dahil olduğu taraf devletleri bağlayan maddeleri içermektedir. Çocuğun korunması, özel gereksinimli çocuklar, anne-babası ile birlikte yaşamanın sağlanması, ve sağlık hakkı gibi birçok önemli içeriğe sahiptir. Sözleşmenin 28. maddesinde vurgulandığı gibi taraf devletler, çocuğun eğitim hakkını kabul ederler. İlgili madde bu hakkın fırsat eşitliği esasına dayanarak oluşturulmasını ve okullarda düzenli biçimde devamın sağlanması ve okulu terketme oranlarının düşürülmesi için önlemler alınması gerektiğini vurgulamaktadır (1).

Şüphesiz çocukların eğitim hakkı için önemli olan, düzenli bir şekilde okula devamın sağlanması durumu özellikle COVID-19 pandemi sürecinde ihmal edilmiştir. Anasınıfı, 8. ve 12. sınıfları saymazsak 2019-2020 2.dönem ve 2020-2021 1. ve 2. Dönem eğitim-öğretim yılında toplam 30 gün kadar okula giden bir grup vardır; hatta bazı riskli illerdeki ara kademeler ve çoğu üniversite öğrencisi hiç gidememiştir. Eğitim ihtiyacı olan ve uzaktan desteklenmesi de mümkün olmayan özel gereksinimli çocuklar gözardı edilmiştir. Köy okulları öğrencileri yine mağdur gruplardır. Çevrimiçi uzaktan ders sistemiyle eğitim verilmektedir. Oysa Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde okulun açık tutulmasının önemi özellikle vurgulanmıştır. Pandemi sürecinde derslere katılım, sınavlara katılım tüm çocuklar için zorunlu olmamıştır. Belki korkutan yanı pandemi bitse bile zorunlu örgün eğitiminin veli tercihiyle bırakılması gibi bir durumun söz konusu olmasıdır.

COVID-19 pandemisinin ilk gününden beri dile getirilen konu çocukların salgının bulaştırmacılığı için risk etmeni olmadığıdır. Kaldı ki çocukların toplum içerisinde hastalık taşıyıcılığı, birlikte yaşadığı ev halkı ile de benzerdir. İlk baştaki hastalık yapmama durumunun komorbid durumu olan çocuklar için solunum yolundan ziyade immün yanıtı bağlı

(Klinik Psikiyatri 2020;24: 133-134)

DOI: 10.5505/kpd.2021.98105

Makalenin geliş tarihi: 25.05.2021, Yayına kabul tarihi: 25.05.2021

olarak multisistem enflamatuvar yanıtı sebep olabileceği bildirilmektedir (2,3).

Öte yandan fiziksel olarak hastalık etkilerine odaklanmışken, çocukların ve gençlerin büyüme ve gelişme çağınd olmalarının, onların bu uzun süreçte karantinada tutulmalarının olumsuz etkilerinden pek bahsedilmemektedir. Bu konuda kapanmaların bulaştırmacılık riski yüksek alanları içermeyip daha çok ve her kademedeki okulları; ayrıcalıklı olması gereken özel gereksinimli çocukların özel eğitim merkezleri de dahil kapsamına yönelik yönetim tutumu 7 Mayıs 2021'de "Türk Tabipleri Birliği (TTB) COVID-19 ve Okullar Hakkında Değerlendirme ve Bilgilendirme" çevrimiçi bir basın açıklamasında ele alındı (4). TTB, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Türk Toraks Derneği, Milli Pediatri Derneği ve Türkiye Psikiyatri Derneği'nin ortak açıklamasında ülkemizdeki salgın yönetiminde okulların açılmamasının ne gibi olumsuz etkileri olacağı tartışıldı. Bu yazıda basın açıklamasının bir özeti sunulacak ve koruyucu ruh sağlığı açısından okulun çocuk ve gençlerin hayatındaki yerinden bahsedilecektir.

COVID-19 pandemi sürecinde, ilaçla zehirlenme olgularında 3,5 kat; intiharlarda 2,25 kat, küçük çocukların ev kazası olarak zehirlenmelerde 6 kat artış saptanmıştır. Evde kalma süresinin uzunluğu, ebeveynlerinin iş nedeniyle yeterince gözetimde bulunamaması bunda etken olmuş olabilir (5).

Okullar, akademik becerileri kazandırmak dışında çocuğun erişkin yaşama hazırlanırken ihtiyacı olan sosyal ve duygusal gelişmeyi sağlayacak akran ilişkisini ve toplumsal kuralları ve yaşama dair sorumlulukları öğreneceği bir ortamı sağlamaktadır. Ayrıca okullar eğitimin yanı sıra koruyucu sağlık sisteminin bir parçasıdır; çocuk ve ergenlerin gelişimi, iyilik hali ve ruh sağlığı, aşı ve çeşitli tarama programları gibi sağlık hizmetlerine de ulaştıkları bir alandır. Örneğin bazı istismar vakalarını okul rehber öğretmenleri saptayabilmek-

tedir. Çocuklar açısından akran grupları ile ilişkinin kesilmesi ruhsal açıdan zor bir süreçtir, kısıtlamanın kaldırılması ile parklara ve sokaklara çocuklar çıkmaya başladılar. Ancak okulsuzluk süreci devam etmektedir. Ayrıca otorite figürü veya rol modeli için de ebeveynleri dışında öğretmenler de okul ile çocuğun hayatındadır (3,5). Çocuklar için kısıtlı süreler bile gelişimlerini olumsuz etkileyebilir, bu nedenle salgının ilk başından beri genel eğilim çoğu ülkede her yer kapalıyken bile okulların açık tutulmasıdır.

Avrupa’da okul kapatmaların en yaygın yapılmış olduğu İngiltere ve Almanya ile ilgili kapatmaların pandemi yükü ile ilişkisini hem tıbbi hem de ekonomik olarak değerlendiren araştırmalar mevcuttur. Uzamış okul kapatmalarının çocukların emosyonel ve psikolojik gelişimine negatif etkisi olabileceği ve eşit olmayan eğitim veya ölçümlerin (sınavlar, testler gibi) öğrenme eşitsizliğini arttırabileceği tartışılmaktadır (6). Almanya’daki okul kapatmaların ardından hastalığın etkilerinin değerlendirildiği bir çalışmada hiçbir şekilde hastalığın artışı veya çocuklardaki seyrinde fark oluşmadığı belirtilmiştir (7). Almanya’da uzun süreli kapanışlar veya yaz tatili sonrası okula dönüşün enfeksiyonu arttırmadığı, hatta ilk haftalardaki vakalar incelendiğinde enfekte olan çocukların çoğunlukla tatilin son hafta gezmelerinde bulaş aldığı gözlenmiştir (7).

TTB Basın açıklamasından çıkan sonuçları özetlersek: Okul öncesi ve ilkökul yaş grubu COVID-19’dan en az etkilenen ve bulaştıran grup olmaya devam etmektedir. Salgın yayılımı bu grup için en düşük seviyelerdedir. 12 yaş üstü gençler hastalıktan daha az etkilenmekle birlikte bulaştırmaları yetişkinlerle yaklaşık olarak aynıdır. Pandemi döneminde hiçbir sektör için sıfır risk yoktur, bu okullar için de geçerlidir. Uluslararası fikir birliği oluşturulmuş önlemler belirlidir (3). Bu nedenle iyi bir salgın yönetimi ile okulların olası vakalarda dikkatle koordine edilmesi, hazırlıklı olmasının gerekliliği ve okul-çalışan-

veli işbirliği söz konusudur. Okullarda temas öyküsü olan öğretmenler uzaklaştırıldığında yerine eğitim aksamaması için yedek öğretmenlerin sağlanması, diğer COVID-19 fiziksel önlemleri dışında da gereklidir. Öğretmenler hızlıca aşılmalı ve uzaktan eğitim devam etse bile hastalık nedeniyle aksaklıklar olmaması için okullar kapalıyken bile aşılınmaları tamamlanmalıdır (4).

Şu anki durumda ülkemizde örgün eğitim olanağı elinden alınan çocuklar için bir hak ihlali söz konusudur. Okulunu ve arkadaşlarını özlediğini dile getiren çocukların seslerini aileler, gençleri ise sosyal medya duymaktadır. Alışveriş merkezine girebili-yorlarken okullarının bahçesine girememelerinin veya 7.sınıf seviyesi kapalı iken 8.sınıfın açık olmasının salgınla ilişkisinin olmadığı, bunun bir ayrımcılık olduğu, ülkedeki eğitimin niteliksizliğini ve çocukların bir an önce büyüyüp sınavlarını geçip yetişkin birey olmalarına dair toplum beklentisini göstermektedir. Çocuklar savunmasız ve kırılgandır. Hak ihlalini anlamayabilirler, anlasalar bile haklarını arayamazlar. Üniversiteler de açık değil ama çocuk yaş sayılmadıkları için onlar kendi taleplerini iletebilirler. Ama çocuklar ayrımcılığı duyuramazlar, bu nedenle karşılaştıkları ayrımcılık cezasızlıkla sonuçlanır ve önleme-engelleme çalışmaları yapılamaz. Salgın yönetiminde okullar “en son kapanan” ve yeniden açılışa “ilk açılan” yerler olmalıdır; okul ortamında eğitim her çocuk ve gencin hakkıdır (4). Yasa koyucular, ebeveynler, okullardaki idareci öğretmenler kadar biz ruh sağlığı profesyonelleri de bu hakkın savunucusu olmalıyız.

Yazışma adresi: Doç. Dr. Sevcan Karakoç Demirkaya, Doğuş Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye drsevcankd@gmail.com

KAYNAKLAR

1. https://www.unicefturk.org/public/uploads/files/UNICEF_CocukHaklarinaDairSozlesme.pdf
2. Zimmermann P, Curtis N. Covid 19 in children, pregnancy and neonates: a review of epidemiologic and clinical features. *Pediatr Infect Dis J* 2020; 39:469-477.
3. Hyde Z. COVID-19, children, and schools: overlooked and at risk. *Med J Aust* 2020; 213(10), 444-446.
4. https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/ttb_7mayis2021_aciklama.pdf
5. <https://www.istabip.org.tr/6531-covid-19-salginini-ve-cocuk-sagligina-etkileri-mujgan-alikisifoglu-sevcan-karakoc-demirkaya.html>
6. Engzell, P.; Frey, A.; Verhagen, M. D. (2020). Learning Inequality During the COVID-19 Pandemic. *SocArXiv*: 3123
7. https://www.cream-migration.org/publ_uploads/CDP_22_20.pdf (The Role of Schools in Transmission of the SARS-CoV-2 Virus: Quasi-Experimental Evidence from Germany. Clara von Bismarck-Osten, Kirill Borusyak, and Uta Schönberg)

Acute grief experience in Diyarbakir condolence houses and the factors influencing the severity of grief

Diyarbakir'daki taziye evlerinde akut dönem yas sürecinin yaşanması ve yasin ağırlık derecesine etki eden faktörlerin belirlenmesi

Evindar Karabulut¹, Azad Günderci², Şakir Özen³

¹M.D., Private Practice, Istanbul, Turkey <https://orcid.org/0000-0003-3333-0164>

²M.D., Istanbul Physical Therapy and Rehabilitation Training and Research Hospital, Department of Psychiatry, Istanbul, Turkey <https://orcid.org/0000-0003-4466-1794>

³Prof., Private Practice, Antalya, Turkey <https://orcid.org/0000-0002-6298-2551>

SUMMARY

Objective: The objectives of this study were to measure state anxiety levels of individuals in an acute grief period following the death of a close relative, and to evaluate the effects of degree of closeness and gender on grief reactions. **Method:** The study was conducted in condolence houses in Diyarbakir, Turkey with participants in mourning due to kinship with the deceased. One hundred twenty-two participants (49 females, 73 males) were included in the study. Fifty-four individuals (27 females, 27 males) who were not relatives of the deceased were included in the control group. After informing the participants about the study and obtaining their consent, all participants were asked to complete a survey with a sociodemographic data form, state anxiety inventory (SAI), and a list of possible behavioural reactions. **Results:** Acute grief experience was more severe and SAI scores were higher in first-degree relatives. When the loss was sudden, the mean SAI score was 51.8 ± 8.9 and when it was an anticipated death, the mean SAI score was 45.8 ± 11.4 ($p < 0.001$). Grief symptoms were more severe in females compared to males ($p < 0.001$). Psychophysiological reactions of the deceased's relatives were observed to be more severe than the control group. **Discussion:** As the degree of closeness increases, and when the death is unexpected and sudden, individuals appear to be affected more, and have higher levels of anxiety. Females are affected by the grief process more than males.

Key Words: Acute grief, kindredship, gender, state anxiety inventory

(*Turkish J Clinical Psychiatry* 2021;24:135-144)

DOI:10.5505/kpd.2021.65668

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, bir yakını öldükten sonraki akut yas sürecindeki kişilerin durumluk kaygı düzeyleri ve diğer yas tepkilerinin belirlenmesi, yakınlık derecesinin ve cinsiyet farklılığının yas tepkilerine etkisinin saptanması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışma Diyarbakir ve çevresindeki yerleşim merkezlerinde kurumsal hale gelmiş olan taziye evlerinde yas yaşayan ve ölenin akrabası olan 122 birey (49 kadın, 73 erkek) ile yapılmıştır. Ölenin akrabası olmayan 54 birey (27 kadın, 27 erkek) kontrol grubuna alınmıştır. Tüm katılımcılar çalışma hakkında bilgilendirilip onayları alındıktan sosyodemografik veriler, durumluk kaygı envanteri (DKE) ve yasta ortaya çıkabilecek olan duygusal-davranışsal tepkiler ile ilgili veriler kaydedilmiştir. **Bulgular:** Birinci derece akrabalar da akut yas diğer akrabalar a göre daha şiddetli yaşanmaktadır ve DKE puanları daha yüksektir (DKE ortalaması birinci derece akrabalar da 53.3 ± 8.9 ; ikinci derece akrabalar da 44.1 ± 9.6 ; üçüncü derece akrabalar da 43.9 ± 11.6 idi; $p < 0.001$). Ani ölenlerin yakınlarında ortalama DKE puanı 51.8 ± 8.9 iken ölümü beklenenlerin yakınlarındaki ortalama DKE puanı 45.8 ± 11.4 bulundu ve ani ölümlerin yas şiddetini artırdığı saptandı ($p < 0.001$). Kadınlarda yas semptomlarının daha şiddetli olduğu belirlendi. Kadınlarda DKE puanı 53.7 ± 8.2 ; erkeklerde 45.4 ± 10.8 bulundu ($p < 0.001$). Kontrol grubu ile kıyaslandığında akrabalar da ki psikofizyolojik tepkilerinin daha yoğun olduğu saptandı ($p < 0.001$). **Sonuç:** Yas kültürden kültüre ve bireyden birey çeşitlilik gösteren bir süreçtir. Yakınlık derecesi artı kça ve ölüm beklenmedik ve ani olunca yaslı kişiler daha çok etkilenmekte, kaygı düzeyleri daha yüksek çıkmaktadır. Kadınlarda yas sürecinde erkeklerden daha çok etkilenmektedir.

Anahtar Sözcükler: Akut yas, akrabalık, cinsiyet, durumluk kaygı envanteri

INTRODUCTION

Death is the inevitable truth of all living creatures. The end of the deceased's life marks the beginning of the grief process for those who remain behind. Although ceremonies and rituals vary across cultures and religions, grief and condolence are fairly ubiquitous concepts. After birth, we build relationships with significant others throughout our lives. These relationships continue to evolve and, from time to time, are disrupted. When a close one dies, the meaning of life is altered. Adding meaning to this change through the grief process could provide a growth motivation for the bereaved (1). Grief is a process over which the psyche heals itself following a feeling of loss. Grief is personal, and is unique to everyone, just like a fingerprint (2).

Grief Reaction

Grieving, which could simply be defined as the psychological reaction against any loss and change, is the set of reconciliations we make in order to harmonise our inner world with reality. Death is the most tangible of all losses. Death and the following grief is a personal event taking place in a specific environment. Societies and religions have developed series of rules and norms for this event (1, 3). The word grief, in its contemporary use, refers to a series of culturally, socially and religiously defined procedures and practices.

Bowlby's attachment theory helps us comprehend the human need for forming strong affective bonds, as well as the affective reactions that occur when these bonds are threatened or broken. According to Bowlby, attachment stems from a need for security, develops early in life, is often directed towards a number of significant individuals, and tends to endure for the large part of the life cycle. Forming bonds with significant others is considered a normal behaviour not just for the child, but also for the adults. When the attachment figure disappears from sight or when their existence is threatened, the reaction is an intense anxiety and a strong emotional protest (4).

Larger the potential loss, the more intense and versatile the reactions are. The loss is usually followed

by withdrawal, apathy, and frustration. Bowlby has defined three phases of response for loss (4). These phases are 1) the phase consisting of apathy, disbelief, pain and at times bursts of anger; 2) yearning, and an effort to recontact with the lost object or the mementos, which is usually accompanied by anxiety; 3) disorganisation, despair and apathy expressed as depression, and the self-destruction of the individual's previous existence. Bowlby later includes a healing phase to these original three.

Many authors have defined the grief process by dividing it up to various stages (5-7). Worden, on the other hand, has first defined the signs of grief, and then classified them into categories such as feelings, thoughts, bodily symptoms, and behaviours (8). Similarly, Erich Lindemann has studied the grief reactions of individuals who lost their loved ones in a fire in Boston, and explained these reactions systematically (9). Elisabeth Kübler-Ross has worked with terminal cancer patients, and has divided their post-diagnosis life into five stages — denial and isolation, anger, bargaining, depression, and acceptance (10).

As a result, grief is a process and many individuals complete this process through social and religious rituals. However, grief process may never be completed or may lead to disorders such as depression or anxiety in some individuals, depending on factors such as unexpected and sudden death, stigmatised deaths (AIDS, etc.), personality structure of the individual, low self-esteem, high dependency, ambivalent feelings, insecure attachment styles, form of loss, and previous psychiatric history (3,6,8,11,12). Viewed from another perspective, when processed properly, grief may not only signify parting ways with the deceased, but may also act as a compass for beginning new relationships and adding meaning to one's life.

Complicated grief consists of confusing terminology referring to grief, such as abnormal, atypical, distorted, morbid, traumatic, and unresolved. One of the first authors attempting to discuss and explain this topic was Freud, who has defined depression (or, in his own words, "melancholy") as a pathological form grief, and has suggested the anger towards the lost object turning towards one's self as

the cause behind it (5).

Depression is a psychiatric disorder which disrupts the individual's social adaptation and functionality. It is defined by certain symptoms in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV) (13). The person in depression evaluates oneself as weak, lacking, and bad. Unlike grief, depression can begin any time, and does not require a loss to take place. DSM-IV tries to differentiate grief from depression by criteria such as a 2-week duration limit, preservation of self-esteem, and lack of suicidal thoughts. However, the difference between depression and bereavement remains a hot topic (14).

Death and condolence in Islamic culture

Primary resources such as the Quran and hadiths discuss the topics of life, life's purpose, death, and afterlife extensively. According to the Islamic belief, immortality is reserved for Allah, and therefore all living creatures are destined to experience death. Condolence is solely about providing comforting and consoling words to the bereaved, and showing sympathy. Most common phrases used in expressing condolence are "May Allah bestow upon you good patience, and its reward", "May you stay alive", and "May Allah grant those remain more time to live" (15). The period of condolence is three days for people who live in the same city. It is *mustahabb* (a behaviour that counts as a good deed even though it is not religiously ordered) to express condolences within three days. Condolences after three days are considered *makruh* for preventing the bereaved's to return to normal life. Close relatives of the deceased can remain in their houses or a more appropriate place for three days to receive condolences. Although expressing condolences after three days is acceptable for those who live in other locations or are unaware of the news, the recommended practice is completing the condolence process in three days (15).

Condolence Houses in Diyarbakir

Expressing and accepting condolence is one of the most prominent traditions of Muslim cultures.

Condolences are usually expressed and accepted in the deceased's house, but locations such as neighbours' houses, backyards, tents or meeting halls are also commonly preferred if they are easy to access to and provide advantages for hosting the visitors for short periods of time. With the expansion of cities, the changes in house styles and family systems, the increase in communication, and reasons as such, condolence as a social need began to require larger spaces. The "condolence house", which is an institutional site, has first appeared in the early 1990s in Diyarbakir and its neighbouring cities, and has, over the past 20 years, become widespread. Condolence houses are usually located near the streets in the city centre or inside the mosque courtyards, are easy to find and access to, and have enough seats for the visitors and a kitchen for serving tea or coffee. Some also include a manager's office and a prayer room. These houses are usually established through the financial support of benefactors, but they may be also established by city/town or mosque associations. No fee is charged for using the condolence house, but the bereaved is expected to contribute to expenses such as electricity, water, tea, sugar, etc., if their finances allow it. Condolences are usually accepted for three days in these houses. Although the official number is not available, based on our observations, it is safe to say that there are over 30 condolence houses in Diyarbakir.

In this study, we investigated the reactions against death, severity of the loss' effect, state anxiety levels, some other affective-behavioral responses in grief and the way these responses are expressed among the bereaved.

METHODS

After receiving approval from Ethics Committee of Dicle University, Faculty of Medicine (Date and Issue No: 18/05/2010 - 12-2h.05.10), the study was conducted in randomly selected 15 condolence houses located in Diyarbakir, Turkey, between May and July, 2010.

Study Population

We have visited the condolence ceremony of 53

individuals deceased in different days, offered our sympathies to the bereaved, introduced ourselves, informed them about our study, and obtained the consent of those fitting participation criteria, which included a minimum of 18 years of age, showing mental capacity to understand the questionnaires, and be related to the deceased. At each ceremony visited, 1 to 5 relatives were included in the study. For the study group, we have met with 229 people, informed them about the study, and asked them to fill the questionnaire. Among these, 72 relatives refused to participate due to various reasons and 35 participants were excluded from the analysis because of wrongly completed or incomplete questionnaires. As a result, a total of 122 participants were included in the final analysis as a part of the study group.

The control group was made up of individuals who were present in the condolence house for showing their sympathies, but did not have any kinship with the deceased. These participants were also older than 18, and had similar sociodemographic characteristics with the study group. After the individuals were informed about the study, those agreeing to participate were provided the same questionnaires. At each condolence ceremony, similar to the study group, 1 or 2 participants were recruited to the control group. We have met with a total number of 75 people to include in the control group, 21 of which were excluded due to wrongly completed or incomplete questionnaires. In the end, the control group consisted of 54 individuals.

Questionnaire

All participants recruited to the study were asked to answer the questions in a previously prepared questionnaire form which consisted of 3 sections. In the first section, there were questions regarding the sociodemographic information of the deceased and the participant, relationship with the deceased, religious beliefs, etc. In the second section, there was a list of frequently observed symptoms during grief, which were to be evaluated on a 5-point Likert-type scale. The third section was the State Anxiety Inventor (SAI, STAI-I). Questions about the deceased and the relationship with the deceased were excluded from the questionnaire

presented to the control group, however the remaining sections were the same for both groups. In cases where the participant did not have a clear understanding of Turkish language, the questions were read to the participant in Kurdish and given answers were recorded on the questionnaire.

State Anxiety Inventory (SAI) consists of 10 direct and 10 reverse items investigating anxiety symptoms (16). The direct items are scored as not at all=1, somewhat=2, moderately so=3, very much so=4. The reverse items, on the other hand, are scored as not at all=4, somewhat=3, moderately so=2, very much so=1. Cut-off point was predetermined to be 40, scores of 41 and above were evaluated as anxious, and those of 40 and below were rated as normal.

Degree of closeness were divided into 3 categories: mother, father, child, sibling, and spouse were considered first-degree relatives; grandmother, grandfather, nephew, uncle and aunt were classified as second-degree relatives; and finally, bride, aunt-in-law, co-sister-in-law, and others were accepted to be third-degree relatives.

Statistical analyses

Comparison of parametric variables were with the t-test for two groups, and with analysis of variance for three groups. For nonparametric comparisons of two groups (e.g. grief symptoms) Mann Whitney U test was utilised. Relationship between SAI scores and grief symptoms was analysed using Spearman's correlation test. Categorical variables were compared with chi square test. Data analyses were conducted in SPSS (Statistical Package for Social Sciences, SPSS Inc. SPSS Statistics for Windows, Version 11.5, Chicago, USA). A p value lower than 0.05 were accepted to be significant.

RESULTS

Of the 53 deceased, 26 were female and 27 were male. Majority were over 50 years old, 36 (67.9%) were married, 17 (32.1%) were single or widowed. As for the deceased's level of education, the highest percentage was for primary school graduates

Table 1. Sociodemographic characteristics of the two groups.

Sociodemographic characteristics	Study Group (n:122) Number (%)		Control Group (n:54) Number (%)	
Gender				
Female	49	(40.2)	27	(50.0)
Male	73	(59.8)	27	(50.0)
Age				
18-30	38	(31.1)	22	(40.7)
31-40	35	(28.7)	22	(40.7)
41-50	31	(25.4)	8	(14.8)
51 and above	18	(14.8)	2	(3.7)
Occupation				
Farmer, retired, artisan, worker	20	(16.4)	3	(5.6)
Housewife	25	(20.5)	7	(13.0)
Self-employed	31	(25.4)	7	(13.0)
Student	10	(8.2)	4	(7.4)
Unemployed	9	(7.4)	2	(3.7)
Government officer	27	(22.1)	31	(57.4)
Education level				
Illiterate	1	(0.8)	2	(3.7)
Primary school	35	(28.7)	9	(16.7)
Middle school	13	(10.7)	5	(9.3)
High school	32	(26.2)	4	(7.4)
University	41	(33.6)	34	(63.0)
Marital status				
Married	83	(68.0)	30	(55.6)
Single	39	(32.0)	24	(44.4)

(60.4%), followed by illiterates (15.1%). Economic status of the deceased person was evaluated by their loved ones and results indicated that 58.5% had middle income level, 20.8% had high income level, and 20.8% had low income level. Cause of death was illness for 39 (73,6%), old age for 7 (13.2%), traffic accident for 4 (7.5%), and suicide for 3 (5.7%).

Sociodemographic characteristics of participants who successfully completed our questionnaires and were included in either the study group or the control group are presented in Table 1. Their degree of kinship with the deceased is summarised in Table 2. Degree of kinship was evaluated in terms of its effect on acute anxiety. The mean score for SAI

was 53.3 ± 8.9 for the first-degree relatives, 44.1 ± 9.6 for the second-degree relatives, and 43.9 ± 11.6 for the third-degree relatives. Acute anxiety level of the first-degree relatives was higher than the second- and third-degree relatives ($p < 0.001$). Relationship between SAI scores (anxious/not anxious) and degree of kinship is presented in Table 3.

The mean SAI score in the study group was 45.4 ± 10.8 for males, and 53.7 ± 8.2 for females ($p = 0.000$). As for the control group, mean SAI scores for males and females were 40.9 ± 9.9 and 44.7 ± 11.4 , respectively ($p = 0.192$).

A total of 27 males (22.1%) and 10 females (8.2%) in the study group, as well as 16 males (29.6%) and

Table 2. Gender distribution based on the degree of kinship.

Gender	First-degree Relative N (%)		Second-degree Relative N (%)		Third-degree Relative N (%)		Total N (%)	
Female	28	(23.0)	11	(9.0)	10	(8.2)	49	(40.2)
Male	34	(27.9)	26	(21.3)	13	(10.7)	73	(59.8)

7 females (13.0%) in the control group reported to be smokers. Use of other substances or alcohol were not detected in either group.

When asked about the reason for choosing this particular condolence house, the answer was easy access for 64 (52.5%); hometown ties, previous visits or knowing the manager for 53 (43.4%); and the will of the deceased for 5 (4.1%) of the participants.

In this study, 118 individuals from the study group reported belief in afterlife, and 4 indicated a disbelief on the matter. In the control group, 50 participants stated that they believed in life after death, while 4 replied they did not. Since there is a large difference between group sizes, possible effects of belief and religious practices on grief symptoms and anxiety levels were not examined in detail.

Sixteen (13.1%) participants in the study group reported a history of previous physical illness, which were prevalent diseases such as diabetes mellitus, hypertension, chronic obstructive lung disease, and cardiac problems. Two individuals in the study group reported a psychiatric disorder (depression and anxiety disorder). There were not any reports of disease history in the control group.

Participants in both groups were asked “Which deaths cause the most pain to the deceased?” The most frequent reply was sudden and unexpected

death (n=83; 47.2%). Other answers were death of young people (n=20; 11.4%), murder (n=3; 1.7%), suicide (2.8%), death by suffering (n=8; 4.5%), traffic or occupational accidents (n=7; 4.0%), and death of a family member (n=14; 8.0%). In total, 36 participants left this question blank.

Sudden deaths were found to cause more acute anxiety in the study group. The mean SAI score of the bereaved who had lost their loved one's to a sudden death was 51.8 ± 8.9 . When the death was anticipated, the mean SAI score was 45.8 ± 11.4 . The difference between the two groups was significant ($p=0.001$).

Among the physical changes reported in the grief process, two most common were irregularities in the blood pressure (30.3%) and weakened immune system (27%). All the reported physical changes were significantly more common in the study group Table 4.

Correlation between some of the affective reactions of the participants in the acute grief period and their SAI scores were calculated, and a positive ($r>0$) correlation was determined in the study group for all affective reactions except joy. The positive correlation was even more significant for especially the feeling of emptiness and not being supported, problems of diet and appetite, sadness and crying Table 5.

Table 3. Anxiety levels among the bereaved relatives based on the State Anxiety Inventory (SAI) score

State of anxiety	First-degree Relative N (%)		Second-degree Relative N (%)		Third-degree Relative N (%)		P value
Anxious (SAI score ≥ 41)	58	(47.5)	24	(19.7)	16	(13.1)	<0.001
Normal (not anxious) (SAI score <40)	4	(3.3)	13	(10.7)	7	(5.7)	>0.05
Total	62	(50.8)	37	(30.3)	23	(18.9)	-

Table 4. Psychopathological and physiopathological changes observed due to sadness during condolence days

Psychopathological and Physiopathological Changes	Study Group N (%)		Control Group N (%)		P value
Irregular blood pressure	37	(30.3)	5	(9.2)	<0.001
Weakened immune system (symptoms such as inflammations, acne, herpes, etc.)	33	(27.0)	5	(9.2)	<0.001
Irregular blood sugar levels	25	(20.4)	2	(3.7)	0.003
Picking fights and harming one's environment	11	(9.0)	0	(0)	-
Feeling unwell enough to call an ambulance	6	(4.9)	1	(1.8)	0.017
Suicide attempt or suicidal ideas	4	(3.2)	0	(0)	-

Some of the psychological symptoms reported by the study group were more severe than those of the control group. Although the difference between the two groups were significant in almost all evaluated symptoms, this was more evident especially for having intense thoughts and daydreams about the deceased, sadness and crying, sleep problems, and dietary and appetite problems Table 6.

DISCUSSION

Regardless of culture or geography, losing a loved one causes sadness. In the various indexes we have searched, we have not come across any studies focusing on the first days of grief. In this study, we aimed to understand the grief atmosphere during the first 3 days, by including a control group. However, since the data collection took place at a time when individuals were highly distressed, there were understandably people who refused to parti-

Table 5. Correlation between the SAI scores and psychological symptoms.

Psychological Symptoms	Study Group r Value and Level of Significance	Control Group r Value and Level of Significance
Perceiving death as a dream, rather than the reality	0.456***	0.221†
Intense thoughts and daydreams about the deceased	0.531***	0.091†
Sadness, crying	0.584***	0.009†
Joy	-0.186*	-0.055†
Guilt	0.363***	0.136†
Anger	0.379***	0.113†
Excitability	0.431***	0.036†
Bewilderment, numbness	0.543***	0.309†
Seeing life as empty and meaningless	0.426***	0.442†
Feeling empty and unsupported	0.594***	0.463†
Thinking about future problems	0.271**	0.327†
Presuming to see the image of the deceased	0.397***	0.232†
Presuming to hear the voice of the deceased	0.495***	0.235†
Fainting due to sadness or distress	0.459***	0.063†
Physical expressions of lamenting, such as tearing one's clothes	0.415***	0.131†
Sleep problems	0.561***	0.272†
Dietary and appetite problems	0.587***	0.334†

***P<0.001, **P<0.01, *P<0.05, †p=not significant, r=correlation coefficient

Table 6. Severity degrees of some of the psychological symptoms that can occur during acute grief process in study and control groups

Psychological Symptoms	Study Group Mean $\pm$ SD	Control Group Mean $\pm$ SD	P value
Perceiving death as a dream, rather than the reality	2.7 $\pm$ 1.6	2.1 $\pm$ 1.2	0.004
Intense thoughts and daydreams about the deceased	3.5 $\pm$ 1.2	2.4 $\pm$ 1.2	0.000
Sadness, crying	3.7 $\pm$ 1.1	2.7 $\pm$ 1.2	0.000
Joy	1.2 $\pm$ 0.2	1.1 $\pm$ 0.7	0.004
Guilt	1.7 $\pm$ 1.2	1.3 $\pm$ 0.7	0.006
Anger	1.7 $\pm$ 1.0	1.5 $\pm$ 0.6	0.187 [†]
Excitability	2.5 $\pm$ 1.3	2.1 $\pm$ 1.1	0.009
Bewilderment, numbness	2.8 $\pm$ 1.3	2.4 $\pm$ 1.3	0.021
Seeing life as empty and meaningless	2.8 $\pm$ 1.6	2.7 $\pm$ 1.6	0.244 [†]
Feeling empty and unsupported	2.5 $\pm$ 1.5	2.2 $\pm$ 1.4	0.050
Thinking about future problems	2.6 $\pm$ 1.3	2.7 $\pm$ 1.4	0.745 [†]
Presuming to see the image of the deceased	2.7 $\pm$ 1.5	1.8 $\pm$ 1	0.000
Presuming to hear the voice of the deceased	2.3 $\pm$ 1.5	1.4 $\pm$ 0.9	0.000
Fainting due to sadness or distress	1.5 $\pm$ 1.0	1.1 $\pm$ 0.1	0.002
Physical expressions of lamenting, such as tearing one's clothes	1.2 $\pm$ 0.7	1.1 $\pm$ 0.5	0.017
Sleep problems	2.5 $\pm$ 1.5	1.5 $\pm$ 1.0	0.000
Dietary and appetite problems	2.4 $\pm$ 1.4	1.7 $\pm$ 1.1	0.000

[†] p=not significant, M=Mean, SD=Standard Deviation

cipate.

Diyarbakir's condolence houses provided us an opportunity to reach out to the bereaved during the first days after their loss. Previous studies have sent out letters or conducted face-to-face interviews few weeks later, asking their participants to reflect back on their emotions during the time period following the loss. In our study, data were directly collected from the bereaved individuals within the first days of grief.

Acute anxiety symptoms were higher for participants who had lost their loved ones to a sudden death (3,17-19). In this study, even though majority of the deceased were older than 50 and more than half of the deaths were reported to be anticipated, SAI scores were found to be higher in the first-degree relatives, similar to the results of previous studies. Our participants have reported sudden death as the most painful form of death for those who are left behind, followed by suicide and murder.

The high number of male participants in the study group is due to the fact that Diyarbakir's condolence houses serve mostly to males and that the male population was easier to contact for the researchers. Sociodemographic characteristics of study and control groups were considered similar.

There are a limited number of studies conducted within the first days of grief. Most studies take place weeks or months after the loss. Our study, on the other hand, investigates the psychological excitations and reactions in the first few days. As expected, higher degrees of grief symptoms and anxiety levels were observed in close relatives of the deceased, compared to those who did not have any kinship with them.

A relationship between the severity of grief and degree of kinship with the deceased was also previously reported (1, 7, 17, 20-22). In parallel to the results of these studies, first-degree relatives in our study had higher SAI scores, and their affective and behavioural symptoms were more intense.

As many studies indicate, basal anxiety level is higher in females, and they respond to distressing events in a more emotional and behavioural manner (23, 24). Similarly, we have observed the highest degree of anxiety in the female relatives of the deceased, followed by their male relatives, females who were not related to them, and lastly males who were not related to them. Literacy and financial independence rates in Diyarbakir are low among females, which may give occasion to preoccupation with uncertainties and hardships following the loss, and therefore increasing the anxiety level. We have not come across any studies focusing on this issue by comparing relatives with non-relatives, which may be a topic of interest for future research.

Studies conducted in various countries have reported on the effects of belief in afterlife and adhering to the practices of their religion on the intensity of grief (25). In our study, however, there were not enough individuals reporting a disbelief in the afterlife, making it impossible to comment on the effects of belief on the grief process.

Distressing events have been suggested to cause more or less psychological and physiological changes in individuals (21, 26). Our results, too, support such previous findings. For example, in the study group, complaints such as irregularities in blood sugar, blood pressure and immune system as well as frantic anger reactions were reported.

A significant positive correlation was observed between acute anxiety level in the study group and the severity degree of some of the emotional and behavioural symptoms that may appear in the grief process. The most common complaints in the study group were intense thoughts and daydreams about the deceased, sadness and crying, sleep problems, and dietary and appetite problems.

Condolence houses in Diyarbakir could be argued to be beneficial places for enabling psychosocial support and complementing the grief process. Recently, England has also detected the value of grief-support, undertaking various arrangements on the matter. However, the support provided by the professionals is reported to be different from the support provided by groups working on a volun-

tary basis (27).

In conclusion, there is, to our knowledge, no other studies focusing on the grief reactions during the first 3 days after the loss, measuring state (acute) anxiety, and using a control group for comparison, making our study among the first on this area. As a result of this study, we have observed that (a) first-degree relatives of the deceased are more affected during the acute grief period, (b) females experience this process more intensely, and (c) sudden deaths are more traumatic for the bereaved. Our results also indicate that support is of utmost importance for the bereaved to reorganise their lives and experience the process after loss as less traumatic. The positive role Diyarbakir condolence houses play during the acute grief process requires further investigation. Studies including individuals who go through the grief process in their own houses due to various reasons and comparing their thoughts and emotions could provide more explanatory results.

Conflicts of Interest

The authors have no conflict of interest to declare.

Acknowledgements

No funding was received for this study. The authors would like to thank the study participants who took part in this research and B. Murat Ozdemir for his editorial support in writing this manuscript.

Correspondence address: M.D., Azad Gunderci, Istanbul Physical Therapy and Rehabilitation Training and Research Hospital, Department of Psychiatry, Istanbul, Turkey
drazadgunderci@yahoo.com

REFERENCES

1. Malkinson R. Cognitive-Behavioral Therapy of Grief: A Review and Application. *Research on Social Work Practice* 2001;11:671-698
2. Goka E. Psychology of death, dying, and those remain behind. Timas Publications 2009
3. Jacob S. Traumatic Grief Brunner/Mazel group New York 1999
4. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth reference: developmental psychology 1992;28: 759-775.
5. Freud S. Mourning and Melancholia. Standard edition, (vol.XIV) 1917
6. Parkers CM. Breavement: studies of grief in adult life third edition Penguin Books New York 1998
7. Volkan V. Life After Loss: The Lessens of Grief. (I. Vahip & M. Kocadere, Trans.) Halime Odag Foundation Publications, İzmir. 1999; 17-49.
8. Worden JW. Grief counseling and grief therapy: A handbook for mental health workers (B. Oncu, Trans.), Ankara University School of Medicine Publications, Ankara 2003
9. Lindemann E. Symptomology and management of acute grief, *American Journal of Psychiatry* 1944;101,141-148.
10. Kübler-Ross E. On Death and Dying. Boyner Publications (B. Buyukkal, Trans.) İstanbul 1997
11. Zisook S, Shear K. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry* 2009;8:67-74.
12. Shear K, Shair H. Attachment, Loss and Complicated Grief DEV psycobial, 2005
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV) (E. Koroglu, Trans.) Doctors Publishing Association, Ankara 1995.
14. Zisook S, Zisook SA. Death, dying, and bereavement. *Comprehensive Textbook Of Psychiatry*, 8 edition:, B Sadock (H Aydin, Trans.) Gunes Publishing House, Ankara, 2007.
15. Apaydin YH. Salah, catechism, and religious practices, 14th ed., Ankara, TDV Publishing, Volume I, 2007;354-370.
16. Oner N, LeCompte A. Discontionary and contionary anxiety inventory book (2nd ed.), Bogazici University Publishing Center, Istanbul, Turkey 1998
17. Feigelman W, Jordan JR, Gorman BS. How they died, time since loss, and bereavement outcomes William feigelman, ph.d. nassau community college, garden city, new york omega 2009;58:251-273
18. Kent H. Sudden Bereavement in Acute Care Setting, October 2004 20A/ol19/no6/
19. Fujisawa D. *Journal of Affective Disorders* JAD-04627; 2010;p7
20. Laurie A, Neimeyer RA. African Americans in Bereavement: Grief as a Function of Ethnicity *Omega* 2008;57:173-193.
21. Boelen PA, Marcel A. The factor structure of Posttraumatic Stress Disorder symptoms among bereaved individuals: A confirmatory factor analysis stud, *Journal of Anxiety Disorders* 22, 2008
22. Ozcetin A. Relationship between bereavement and religion in Diyarbakir region. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2000;13(1).
23. Merikangas KR. Death, dying, and bereavement. *Comprehensive Textbook Of Psychiatry* 8 edition: Benjamin Sadock (H. Aydin, Trans.) Gunes Publishing House Ankara 2007
24. Najip A, Lorberbaum J.P, Kose S, et al. Regional Brain Aktivity in Women Grieiving a Romantic Relationship Breakup, *Am J Psychiatry* 2004;161:2245-2256.
25. Becker G, Xander CJ, Blum HE, et al. Do religious or spiritual beliefs influence bereavement? A systematic review. *Palliative Medicine* 2007;21:207-217
26. Germain A, Shear K, Monk TH et al. Behavioral Sleep Medicine 2006;4:152-163.
27. Field D, Payne S, Relf M. Some issues in the provision of adult bereavement support by UK hospices. *Social Science & Medicine* 2007;64:428-438.

Prematür ejakülasyon hastalarında mizaç ve karakter özellikleri

Temperament and character traits of premature ejaculation patients

İmran Gökçen Yılmaz Karaman¹, Gülcan Güleç², İlkur Gündoğdu³, Çınar Yenilmez², Aydın Yenilmez⁴

¹Uzm.Dr., ²Prof.Dr., ³Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye, Türkiye

<https://orcid.org/0000-0003-2821-7749> <https://orcid.org/0000-0002-3159-5372> <https://orcid.org/0000-0003-0401-8622> <https://orcid.org/0000-0002-1210-8313>

⁴Prof. Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-1479-6754>

ÖZET

Amaç: Prematür Ejakülasyon erkekte en sık görülen cinsel işlev bozukluğudur. Patofizyolojisi henüz aydınlatılamamış olsa da psikolojik faktörler sıkça çalışılmıştır. Hem biyolojik hem de psikolojik boyutları olan prematür ejakülasyonun anlaşılmasında, hastaların mizaç ve karakter özelliklerinin araştırılmasının faydalı olabileceği düşünülmüştür. Nörotisizm ve zarardan kaçınma boyutlarının cinsel işlev bozuklukları ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmada yaşam boyu ve edinilmiş prematür ejakülasyon hastalarının mizaç, karakter özellikleri, cinsel doyum, anksiyete ve depresyon düzeyleri araştırılmıştır. **Yöntem:** Prematür ejakülasyon tanısı alan 40 hasta ve 40 sağlıklı kontrol çalışmaya dâhil edildi. Hasta grubu yaşam boyu (n=20) ve edinilmiş (n=20) alt türler olarak iki gruba ayrıldı. Sosyodemografik veri formu, Mizaç ve Karakter Envanteri, Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği uygulandı. **Bulgular:** Prematür ejakülasyon hastalarının kontrol grubuna göre cinsel doyum puanları daha düşük, zarardan kaçınma boyutunun çabuk yorulma ve dermansızlık alt boyutu puanları daha yüksek izlenmiştir (p< 0.05). **Sonuç:** Zarardan kaçınma, bir mizaç özelliği olarak nörotransmitter yapılar ile ilişkili olan, cinsel işlev bozukluklarında dikkat çeken bir parametredir. Cinsel işlev bozuklukları ve zarardan kaçınma ilişkisini araştırın daha büyük örneklemli ve uzunlamasına çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar Sözcükler: Prematür ejakülasyon, mizaç, karakter, zarardan kaçınma

SUMMARY

Objective: Premature Ejaculation is the most common sexual dysfunction in men. Although the pathophysiology has not been clarified yet, psychological factors have been studied frequently. It may be useful to investigate the temperament and character characteristics of the patients in understanding the premature ejaculation, which has both biological and psychological dimensions. Neuroticism and harm avoidance dimensions are found to be associated with sexual dysfunction. In this study, temperament, character, sexual satisfaction, anxiety and depression levels of lifelong and acquired premature ejaculation patients are investigated. **Method:** Forty patients diagnosed with premature ejaculation and 40 controls were included in the study. The patient group was divided into two groups as lifelong (n= 20) and acquired (n= 20) subtypes. Sociodemographic data form, Temperament and Character Inventory, Golombok-Rust Sexual Satisfaction Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale are applied. **Results:** Premature ejaculation patients had lower sexual satisfaction scores and higher fatigability sub-dimension scores of harm avoidance, comparing to the control group (p< 0.05). **Discussion:** Harm avoidance as a temperament feature, is associated with neurotransmitter structures, is a prominent parameter in sexual dysfunctions. Larger sampling and longitudinal studies are needed to investigate the relationship between sexual dysfunctions and harm avoidance.

Key Words: Premature ejaculation, temperament, character, harm avoidance

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2021;24:145-152)

DOI: 10.5505/kpd.2020.06978

GİRİŞ

Prematür ejakülasyon (PE) %20 ile %30 arasında değişen yaygınlık oranları ile erkeklerde en sık görülen cinsel işlev bozukluğudur (1). PE kişiyi, partnerini ve kişinin partneri ile ilişkisini olumsuz etkileyerek psikolojik bir yük meydana getirir; cinsel doyum azalır, yaşanan stres ve kişiler arası ilişkilerde güçlükler artar (2).

PE'nin yaşam boyu (primer) ve edinilmiş (sekonder) olarak iki alt tipi bulunmaktadır. Yaşam boyu PE ilk cinsel ilişkiden itibaren ejakülasyonun kontrolünde yetersizlik ve niyetlenilen zamandan önce olan boşalmayı ifade eder. Edinilmiş PE'de ise kişi daha önce normal boşalma deneyimlerine sahipken yaşamın bir döneminde ejakülasyon kontrolünde yetersizlik ile ilgili bir yakınma ortaya çıkar (3). Yapılan araştırmalarda iki grubun ayrı ayrı değerlendirilmesi önerilmekte, mevcut tanı kriterlerinin iki grubu birden ifade etmekte yeterli olmadığı öne sürülmektedir (4, 5).

Patofizyolojisi henüz kesin olarak aydınlatılamamış olsa da; organik, psikojenik, iatrojenik etiyolojilerle PE geliştiği bilinmektedir (6). Psikojenik faktörlerden anksiyete, cinsel ilişkinin niteliği, erken ve olumsuz cinsel deneyim varlığı, cinsel ilişki sıklığı, düşük uyarılma eşiği, klasik koşullanma ve psikodinamik teoriler sıklıkla araştırılmıştır (7).

Cinsel işlev bozuklukları ile kişilik özelliklerinin ilişkisi hakkındaki çalışmalar elli yıldan uzun bir süredir devam etmektedir. Eysenck ve Cloninger'in psikobiyojik kuramlarının sıklıkla bu araştırmalarda kullanıldığı görülmüştür. Eysenck, kişiliği dışadönüklük, nörotisizm, psikotisizm olarak üç boyutta incelemiş; nörotisizm skorları yüksek olan kişilerin cinsel işlev bozukluğu yaşamalarının daha olası olduğunu öne sürmüştür (8). Takip eden çalışmalarda nörotisizm cinsel sorunlar ve cinsel işlev bozuklukları gelişmesi için yatkınlık yaratan bir faktör olarak görülmüş, yapılan çalışmalarda cinsel işlevsellik nörotisizm ile negatif yönde ve güçlü bir şekilde ilişkili bulunmuştur. Yaşam boyu PE alt tipinde daha belirgin olmak üzere PE hastalarında nörotisizm özelliği genel popülasyondan fazla bulunmuştur. Hastalık şiddeti ile nörotisizm skorları arasında

pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır (9). Nörotisizm, anksiyete ve depresyon ile yakın ilişkilidir (10). Psikiyatri poliklinik hizmeti alan hastalar ile yapılan bir çalışmada PE tanısı olan erkeklerin kronik anksiyöz belirtiler gösterdiği bulunmuştur (11). Benzer şekilde PE hastalarında kontrol grubuna göre anksiyete, depresyon, obsesyon, kişiler arası duyarlılık ve psikotizm semptom skorları yüksek saptanmıştır (12). Başka bir çalışmada bu skorların cinsel işlevsellik ile negatif korelasyon gösterdiği bulunmuştur (13).

Eysenck'in psikobiyojik kuramının nörotisizm boyutu Cloninger'in psikobiyojik kuramının ZK mizaç boyutu ile korelasyon göstermektedir (10). Cloninger'in psikobiyojik kişilik kuramı, sosyokültürel etkilerle değişmediği varsayılan mizaç özellikleri ile yetişkinlik döneminde olgunlaşan kendilik kavramları ile gelişen karakter özelliklerini içerir. Görece değişmez olan mizaç özellikleri kortikostriatolimbik sistem ve monoaminerjik aktivite ile ilintilidir. Örneğin mizacın yenilik arayışı boyutu düşük dopaminerjik aktivite ile zarardan kaçınma boyutu yüksek serotoninerjik aktivite ile korelasyon göstermektedir (14).

Zarardan kaçınma mizaç boyutu değerlendirmelerinde daha yüksek puan alan kişiler, özgüvenleri görece düşük olan kişilerdir ve kaygılı, karamsar, edilgen özellikler gösterirler. Davranışsal inhibisyona yatkındırlar. Alanyazında zarardan kaçınma puanlarındaki yükseklik depresyon, anksiyete, somatizasyon gibi çeşitli psikopatolojiler ile ilişkili bulunmuştur. Bu mizaç özelliğinin doğuştan geldiği düşünülmektedir. Yüksek serotonin aktivitesi ile korelasyon göstermektedir (15-17).

Serotonin, ejakülasyonun kontrolünde serebral aşamada görev alan en önemli nörotransmitterdir. Serotonerjik nöronlar post sinaptik reseptörler üzerinde inhibitör etkide bulunurlar. Hiperfonksiyonunun PE ile ilişkili olduğu görülen 5HT-1A reseptörleri ve hipofonksiyonu PE ile ilişkili bulunan 5HT-2C reseptörleri en çok raphe nükleusta, sakral parasempatik çekirdek ve diğer spinal merkezlerde bulunmaktadır. Ejakülasyona etkilerinin sinir sisteminin hangi düzeyinde ve ne

yönde olduğu kesin olarak belirlenmiş değildir (6, 18).

Yaşam boyu PE, hastalığa ilişkin aile öyküsü ve genetik polimorfizmler ile ilişkili bulunmuştur. Edinilmiş PE ise çoğunlukla ürolojik, psikolojik ve kişiler arası sorunlardan kaynaklanır (18). Bu bağlamda daha kalıtsal olan mizaç özelliklerinin yaşam boyu PE ile, daha çevresel olan karakter özelliklerinin ise edinilmiş PE ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Hem nörobiyolojik hem psikolojik bileşenleri olan PE'nin anlaşılmasında ve tedavi yaklaşımlarında hastaların mizaç ve karakter özelliklerinin araştırılması faydalı olabilir. Mizaç ve karakter puanlarını etkileyebileceğinden, anksiyete ve depresyon ölçeklerinin birlikte değerlendirilmesi önemlidir.

Bu çalışmada edinilmiş ve yaşam boyu PE hastalarında başta ZK olmak üzere mizaç ve karakter özelliklerinin, anksiyete ve depresyon düzeylerinin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Çalışma için vaka grubuna DSM-5'e göre PE tanısı olan, yaşam boyu PE (n=20) ve edinilmiş PE (n=20) alt gruplarından 40 erkek hasta (yaşam boyu PE ve edinilmiş PE ve kontrol grubuna ürolojik sorunu ve cinsel işlev bozukluğu olmayan aynı yaş grubunda 40 erkek alındı.

Çalışmanın PE grubu, Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı ve Psikiyatri Anabilim Dalı Cinsel İşlev Bozuklukları polikliniklerine PE şikâyeti ile başvuran, araştırmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan kişilerden oluşmaktadır. Kontrol grubu ise Üroloji polikliniğine başvurmuş ve herhangi bir ürolojik hastalık saptanmamış erkekler ile psikiyatri polikliniği cinsel işlev bozukluğu birimine başvurmuş çiftler içinde herhangi bir cinsel işlev bozukluğu tanısı konmamış erkeklerden oluşturulmuştur.

Dışlama kriterleri olarak; herhangi birinci eksen bozukluğu olması, PE dışında bir cinsel işlev bozukluğu olması, ürolojik bir hastalığı olması,

metabolik bir hastalığı olması, ereksiyon ve ejakülasyonu etkileyebilecek bir ilaç kullanması belirlendi. Tüm katılımcılara çalışma hakkında bilgi verilerek çalışmaya katılmak için gönüllü olduklarına dair yazılı onam alındı. Eşlik eden birinci eksen bozukluğunu dışlamak için yapılan görüşmeler, psikiyatrik görüşme ilkelerine uygun koşullar sağlanarak, araştırmacılar arasındaki psikiyatri uzmanlık öğrencisi ve uzmanları tarafından yüz yüze olarak yapıldı.

Örneklem grubuna sosyodemografik veri formu, Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE), Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) uygulandı. Bu çalışma Osmangazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Kullanılan Ölçekler

Sosyodemografik Veri Formu: Araştırmacılar tarafından hazırlanmış bir formdur. Çalışmanın amacına yönelik olarak katılımcının yaşı, medeni durumu, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik verileri içerir.

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ): 28 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Rust ve Golombok tarafından geliştirilmiştir (19). Kadınlara ve erkeklere yönelik hazırlanmış iki çeşit form bulunur. Kaçınma, doyum, iletişim, dokunma ve ilişki sıklığı alt boyutları kadın ve erkek formlarında ortaktır. Ek olarak kadın formunda yer alan vajinismus ve anorgazmi, erkek formunda yer alan PE ve erektil disfonksiyon alt boyutları mevcuttur. Hem cinsel ilişkinin niteliğini, hem de cinsel işlev bozukluğunu değerlendiren bir ölçüm aracıdır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (20). Ölçekten alınan yüksek puanlar cinsel yaşam kalitesinde düşmeyi ifade eder.

Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE): Cloninger'in kuramına dayanan ölçek, kişiliğin mizaç ve karakter özelliklerini ele alır (21). Doğru-yanlış şeklinde yanıtlanan 240 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. 7 üst sıra ölçekten oluşur. Bunlardan yenilik arayışı, zarardan kaçınma (ZK), ödül bağımlılığı, sebat mizaç özelliklerini değerlendirirken; kendini yönetme, işbirliğine

yatkınlık, kendini aşma karakter özelliklerini değerlendirir (22, 23). Sebat etme hariç diğer üst sıra ölçekler 3 ila 5 alt ölçeğe ayrılmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (14, 24).

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD): Bir öz bildirim ölçeği olan HAD, anksiyete ve depresyon belirtilerini tarar. Anksiyete alt ölçeği (HAD-A) ve depresyon alt ölçeğinden (HAD-D) oluşur. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Türkçe formun kesme puanları anksiyete alt ölçeği için 10, depresyon alt ölçeği için 7 olarak hesaplanmıştır (25,26).

İstatistiksel Analiz

Çalışmamızda sürekli veriler Ortalama $\pm$ Standart Sapma olarak verilmiştir. Kategorik veriler ise yüzde (%) olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun araştırılmasında Shapiro Wilk's testinden yararlanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk göstermeyen grupların karşılaştırılmasında grup sayısı üç ve üzerinde olan durumlar için Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Oluşturulan çapraz tabloların analizinde Pearson Ki-Kare ve Pearson Kesin (Exact) Ki-Kare analizleri kullanılmıştır. Analizlerin uygulanmasında IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released

2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programından yararlanılmıştır. İstatistiksel önemlilik için $p < 0.05$ değeri ölçüt kabul edilmiştir.

BULGULAR

Veriler incelenerek eksik verilerin ve uç değerlerin çoğunlukta olduğu 3 veri seti çalışmadan dışlandı. Yaşam boyu PE grubundan 20 kişi, edinilmiş PE grubundan 18 kişi olmak üzere hasta grubundan 38 kişi ve kontrol grubundan 39 kişinin verileri analizlere dâhil edildi.

Gruplar arasında yaş, birliktelik süresi, medeni durum, eğitim durumu, sigara kullanımı ve alkol kullanımı açılarından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 1).

Hasta grubu ile kontrol grubunun GRCDÖ, MKE ve HAD puanları karşılaştırıldı. Hasta gruplarının kontrol grubuna göre HAD-D puanı, GRCDÖ alt ölçeklerinden Doyum, PE puanları ve GRCDÖ toplam puanı yüksek bulundu (Tablo 2). Mizacın ZK boyutunda gruplar arasında farklılık saptanması üzerine alt boyutları incelendi (Tablo 3).

Tablo 1. Grupların sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması.

Değişken		Edinilmiş PE (n=18)	Kontrol (n=39)	Yaşamboyu PE (n=20)	İstatistik
Yaş		9.000	6.000	7.000	0.063
Median (Q1- Q3)		(6.250, 12.750)	(3.500, 8.000)	(5.000, 10.250)	
Birliktelik süresi (yıl) (ortalama, standart sapma)	6 aydan az	2 (11.1%)	1 (2.6%)	2 (10.0%)	0.378
	6ay- 1yıl	3 (16.7%)	7 (17.9%)	1 (5.0%)	
	1-3 yıl	4 (22.2%)	10 (25.6%)	2 (10.0%)	
	3 yıldan fazla	9 (50.0%)	21 (53.8%)	15 (75.0%)	
Medeni durum (sayı, yüzde)	Evli veya sürekli ilişkisi var, birlikte yaşıyor	16 (88.9%)	34 (87.2%)	15 (75.0%)	0.600
	Evli veya sürekli ilişkisi var, ayrı yaşıyor	1 (5.6%)	2 (5.1%)	1 (5.0%)	
	Sürekli ilişkisi yok	1 (5.6%)	3 (7.7%)	4 (20.0%)	
Eğitim durumu (sayı, yüzde)	İlkokul mezunu	4 (22.2%)	3 (7.7%)	4 (20.0%)	0.237
	Ortaokul veya lise mezunu	11 (61.1%)	19 (48.7%)	9 (45.0%)	
	Yüksekokul veya üniversite mezunu	3 (16.7%)	17 (43.6%)	7 (35.0%)	
Sigara kullanımı (sayı, yüzde)	Hiç kullanmayan	7 (38.9%)	11 (28.2%)	5 (25.0%)	0.330
	Aktif sigara kullanan	7 (38.9%)	21 (53.8%)	7 (35.0%)	
	Sigarayı bırakmış olan	4 (22.2%)	7 (17.9%)	8 (40.0%)	
Alkol kullanımı (sayı, yüzde)	Hiç kullanmayan	12 (66.7%)	21 (55.3%)	15 (75.0%)	0.456
	Haftada 14 birimden az alkol kullanan	3 (16.7%)	10 (26.3%)	1 (5.0%)	
	Haftada 14 birim veya daha fazla alkol kullanan	1 (5.6%)	1 (2.6%)	0 (0.0%)	
	Alkoltü bırakmış olan	2 (11.1%)	6 (15.8%)	4 (20.0%)	

Tablo 2. Grupların Golombok- Rust Cinsel Doyum Ölçeği, Mizaç ve Karakter Envanteri, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) puanlarının karşılaştırılması

Değişken (Median Q1, Q3)	Grup 1	Grup 2	Grup 3	İstatistik	Çoklu Karşılaştırma
	Edinilmiş PE (n=18)	Kontrol (n=39)	Yaşamboyu PE (n=20)		
Golombok- Rust Cinsel Doyum Ölçeği	Kaçınma	2.000 1.000, 4.750	2.000 0.500, 2.500	1.000 0.000, 4.250	0.517 -
	Doyum	9.000 4.500, 11.750	5.000 3.000, 7.000	8.500 7.000, 11.000	< 0.001 1-2: 0.017 2-3: 0.004
	İletişim	3.000 0.250, 6.000	2.000 1.000, 4.000	4.000 3.000, 6.250	0.012 2-3: 0.009
	Dokunma	1.000 0.000, 2.750	1.000 0.000, 3.000	0.000 0.000, 0.250	0.135 -
	İlişki sıklığı	4.000 1.500, 4.750	3.000 1.000, 3.000	3.000 1.000, 6.000	0.031 -
	Prematür ejakülasyon	10.000 8.250, 13.500	3.000 2.000, 6.000	12.000 9.000, 13.000	< 0.001 1-2: <0.001 2-3: <0.001
	Erektıl disfonksiyon	6.000 4.000, 8.750	2.000 1.000, 4.000	2.000 1.000, 7.000	0.002 1-2: 0.002 1-3: 1.000
	Toplam	41.500 32.750, 49.750	23.000 16.500, 30.500	37.000 28.750, 42.250	p< 0.001 1-2: <0.001 2-3: 0.001
	Yenilik arayışı	17.000 15.250, 18.750	16.000 14.500, 20.000	17.500 16.000, 21.000	0.562 -
	Zarardan kaçınma	17.000 15.250, 22.750	14.000 11.500, 18.500	18.000 14.000, 20.750	0.012 1-2: 0.026
Mizaç ve Karakter Envanteri	Ödül bağımlılığı	12.500 10.000, 15.750	14.000 11.500, 16.000	12.000 11.000, 15.250	0.442 -
	Sebat	5.500 4.000, 6.000	6.000 4.000, 6.500	4.500 3.000, 6.000	0.188 -
	Kendini yönetme	25.500 22.250, 31.000	30.000 25.000, 35.500	27.500 22.750, 33.250	0.138 -
	İşbirliğine yatkınlık	29.000 25.000, 33.000	31.000 27.500, 34.000	28.500 27.000, 34.250	0.423 -
	Kendini aşma	18.000 16.250, 20.000	19.000 15.000, 22.000	17.500 15.000, 21.500	0.914 -
	Anksiyete	9.000 6.250, 12.750	6.000 3.500, 8.000	7.000 5.000, 10.250	0.072 -
	Depresyon	8.000 4.500, 12.000	5.000 3.000, 6.500	7.500 4.750, 9.250	0.005 1-2: 0.015 2-3: 0.039

TARTIŞMA

Çalışmamızda incelediğimiz örneklemede PE hastalarının kontrol grubuna göre cinsel doyumlarının daha düşük olduğu, yaşam boyu PE grubunda kontrol grubuna göre partner ile iletişim sorularının daha sık görüldüğü, edinilmiş PE grubunda erektıl disfonksiyonun diğer gruplara nazaran daha sık görüldüğü, edinilmiş PE grubunda kontrol grubuna göre mizacın ZK boyutu puanlarının daha fazla olduğu, depresyon belirtilerinin hasta grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Hasta gruplarında kontrol grubuna göre Çabuk Yorulma ve Dermansızlık alt boyutu puanları yüksek izlenmiştir.

Çalışmamızda literatüre paralel şekilde, cinsel doyum PE hastalarında kontrol grubuna göre daha düşük saptanmıştır (27). Cinsel işlev bozukluklarında cinsel doyum azalmaktadır. Cinsel işlev bozuklukları partnerler arasında iletişim sorunlarına neden olabilmektedir (28).

Bulgularımızın tekrar gösterdiği gibi, yaşam boyu PE alt tipine kıyasla edinilmiş PE alt tipinde erektıl disfonksiyon görülmesi daha olasıdır (28).

Cinsel bir sorun nedeniyle jinekoloji ve üroloji kliniklerine başvuran evli çiftlerin incelendiği bir çalışmada mizaç ve karakter özelliklerinin cinsel doyum düzeyini yordadığı görülmüştür. Mizacın ZK boyutu puanlarının yüksekliği ve karakterin kendini yönetme boyutu puanlarının düşüklüğü cinsel doyumun azalması ile ilişkili bulunmuştur (29). Bu sonuca benzer şekilde, kontrol grubunun olmadığı yalnızca PE hastalarının katıldığı bir çalışmada cinsel doyum ZK ile negatif, kendini yönetme ile pozitif ilişkili bulunmuştur (5). Altınluk ve arkadaşlarının PE hastalarının mizaç ve karakter özelliklerini araştırdıkları çalışmalarında karakter boyutlarında PE hastalarının puanları ile kontrol grubunun puanları farklılık göstermezken; PE grubunda kontrol grubuna göre mizaç özelliklerinden yenilik arayışı puanları daha yüksek, zarardan kaçınma puanları daha düşük saptanmıştır (30). Yazarlar tarafından belirtildiği gibi bu sonuçlar PE hastalarında sağlıklı

Tablo 3. Grupların Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) Zarardan Kaçınma Ölçeğinin alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

Değişken (Median Q1, Q3)		Grup 1 Edinilmiş PE (n=18)	Grup 2 Kontrol (n=39)	Grup 3 Yaşamboyu PE (n=20)	İstatistik	Çoklu Karşılaştırma
Zarardan kaçınma	Beklenti endişesi	6.000 4.250, 7.000	4.000 4.000, 6.000	6.000 3.750, 7.250	0.059	-
	Belirsizlik korkusu	5.000 3.250, 5.000	4.000 3.000, 5.000	5.000 3.000, 6.000	0.127	-
	Yabancılardan çekinme	4.000 2.250, 5.000	3.000 1.500, 4.000	2.000 2.000, 6.250	0.612	-
	Çabuk yorulma ve dermansızlık	4.500 2.000, 7.000	2.000 1.000, 3.000	3.500 2.750, 6.000	0.006	1-2: 0.018 2-3: 0.039

kontrollere göre yüksek aleksitimi düzeyleri görülmesi ve aleksitiminin yüksek zarardan kaçınma skorları ile ilişkili olması ile uyumlu değildir (31, 32). Cinsel davranışların kültürel ve sosyal etkilere açık olduğu düşünüldüğünde, bu farklılık çalışmaların ülkenin farklı bölgelerinde yapılmasından da kaynaklanabilir.

ZK cinsel işlevsellik ile ters yönde ilişkili bulunmuş, cinsel işlev bozukluğu gösteren erkeklerde yüksek saptandığı ifade edilmiştir (13). Türkiye’de yapılan bir çalışmada kadın cinsel işlev bozukluğu hastalarında düşük kendini yönetme karakter boyutu puanları ve yüksek ZK mizaç boyutu puanları saptanmıştır (33).

ZK boyutunun hem dopamin hem de serotonin ile ilgili olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (34). Çalışmamızda hasta gruplarında daha çok dopamin ile ilgili olabilecek Çabuk Yorulma ve Dermansızlık alt boyutunda ortaklık saptanmıştır. Edinilmiş PE ve yaşam boyu PE grupları arasında mizaç açısından fark bulunmamış olması, ZK boyutunun PE’ye yatkınlık yaratan bir sebep mi yoksa PE’ye sekonder olarak gelişen stresli yaşantıların bir sonucu mu olduğu sorusunu akla getirmektedir. Örneğin ZK puanları depresyon hastalarında tedavinin hem öncesinde hem sonrasında sağlıklı kontrollerden yüksektir ve antidepresan tedavi ile düşüş gösterir (22). Çalışmamızda olguların HAD puanlarında kesme puanlarını aşan değerler olsa da, klinik görüşmeler ile anksiyete bozukluğu ve depresyon tanıları ekarte edilmiştir. Yine de mevcut depresif belirtiler ZK boyutunu etkilemiş olabilir. PE, tedaviye başvuran ve başvurmeyan hastalarda ruhsal bir hastalığa yol açmadan da psikolojik sıkıntıya ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olabilir. Hastalar özgüvenlerinin azalmasından yakınabilirler (35). Bu açıdan bakıldığında, zarar-

dan kaçınma boyutundaki yükseklik bir sebep değil, bir sonuç da olabilir. Bir diğer olasılık ise PE’de ZK boyutunun durumluk ve sürekli bir belirteç olmasıdır.

Mizaç görece sabit bir özellik olarak tanımlandığı için, hastalığa etkisinin yaşam boyu PE için daha fazla olmasını bekledik. Ancak yaşam boyu PE ve edinilmiş PE grupları arasında fark saptamadık. Edinilmiş PE hastalarında erektile disfonksiyon eş tanısı daha sık görülmektedir. Erektile disfonksiyonu olan erkeklerde ZK puanlarının daha yüksek saptandığı bildirilmiştir (13). Eş tanı bulunması hastalıkların psikolojik yükünü arttırarak ZK puanlarının yüksek saptanmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları olguların tek merkezden alınmış olması, ölçümlerin kesitsel olarak yapılması, örneklem sayısının azlığı ve bu nedenle istatistiksel gücün yetersiz olması şeklinde sayılabilir. Daha büyük örneklemelerde çalışıldığında sonuçlar farklı çıkabilir.

Çalışmamızın güçlü yönleri ise kontrol grubunun bulunması ve psikolojik değişkenleri PE hasta grubunda alt türlerine göre inceleme olmasıdır.

SONUÇ

PE hastalarının cinsel doyumu sağlıklı kontrollere göre düşük, mizacın ZK boyutunun Çabuk Yorulma ve Dermansızlık alt boyutu skorları ise kontrol grubuna göre yüksek saptanmıştır. Edinilmiş PE ve yaşam boyu PE gruplarının mizaç özellikleri arasında fark bulunmamıştır. PE hastaların depresyon skorları sağlıklı kontrollere göre yüksektir. ZK, bir mizaç özelliği olarak nöro-

transmitter yapılar ile ilişkili olan, cinsel işlev bozukluklarında dikkat çeken bir parametredir. Cinsel işlev bozuklukları ve ZK ilişkisini araştıran daha büyük örneklemli ve uzunlamasına çalışmalara gereksinim vardır.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr. İmran Gökçen Yılmaz Karaman, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye gokcenylmz@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Chung E, Gilbert B, Perera M, Roberts MJ. Premature ejaculation: A clinical review for the general physician. *Australian family physician*. 2015;44:737.
2. Rowland DL, Patrick DL, Rothman M, Gagnon DD. The psychological burden of premature ejaculation. *The Journal of urology*. 2007;177:1065-70.
3. Vukina J, McBride JA, Carson CC, Coward RM. Premature Ejaculation. In: Dahm P, Dmochowski RR, editors. *Evidence-Based Urology*. Second ed: John Wiley & Sons Ltd; 2018. p. 569-78.
4. Serefoglu EC, Saitz TR. New insights on premature ejaculation: a review of definition, classification, prevalence and treatment. *Asian journal of andrology*. 2012;14:822.
5. Kempeneers P, Andrianne R, Bauwens S, Georis I, Pairoux J-F, Blairy S. Functional and psychological characteristics of Belgian men with premature ejaculation and their partners. *Archives of sexual behavior*. 2013;42:51-66.
6. Güleç G, Eşsizoglu A. Erkekler; sık rastlanan cinsel sorunlar ve işlev bozuklukları. *Psikiyatride Güncel*. 2014;4:347-61.
7. El-Hamd MA, Saleh R, Majzoub A. Premature ejaculation: an update on definition and pathophysiology. *Asian journal of andrology*. 2019;21:425.
8. Eysenck H. Personality and sexual adjustment. *British Journal of Psychiatry*. 1971;118:593-608.
9. Silvaggi M, Maria Michetti P, Rossi R, Fabrizi A, Leonardo C. Extraversion and neuroticism in sexually dysfunctional men suffering from erectile dysfunction and premature ejaculation: A cross-sectional study. *Andrology (Los Angel)*. 2017;6(1000181):2167-0250.1000181.
10. Zuckerman M, Cloninger CR. Relationships between Cloninger's, Zuckerman's, and Eysenck's dimensions of personality. *Personality and Individual differences*. 1996;21:283.
11. Kupfer DJ, Rosenbaum JF, Detre TP. Personality style and sexual functioning among psychiatric outpatients. *Journal of Sex Research*. 1977;13:257-66.
12. Lee WH, Mah SY, Xin ZC, Kang SJ, Choi BK. Psychological Personality Test in Premature Ejaculation Patients. *Korean Journal of Urology*. 1997;38:1002-5.
13. Gomes ALQ, Nobre P. Personality traits and psychopathology on male sexual dysfunction: An empirical study. *The journal of sexual medicine*. 2011;8:461-9.
14. Arkar H, Sorias O, Tunca Z, Şafak C, Alkın T, Akdede BB, et al. Mizaç ve Karakter Envanteri'nin Türkçe formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2005;16:190-204.
15. Gürdal C, Sevi Tok ES, Sorias O. Erken kayıplar, bağlanma, mizaç-karakter özellikleri ve duygu düzenlemenin psikopatoloji gelişimi üzerine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2018;29:180-92.
16. Cankardaş S. Cloninger'in Mizaç ve Karakter Boyutları ile Depresyon Arasındaki İlişki: Gözden Geçirme Çalışması. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*. 1:129-34.
17. Leombruni P, Zizzi F, Miniotti M, Colonna F, Castelli L, Fusaro E, et al. Harm Avoidance and Self-Directedness characterize fibromyalgic patients and the symptom severity. *Frontiers in psychology*. 2016;7:579.
18. Gillman N, Gillman M. Premature Ejaculation: Aetiology and Treatment Strategies. *Medical Sciences*. 2019;7:102.
19. Rust J, Golombok S. The GRISS: a psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*. 1986;15:157-65.
20. Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E. Golombok-Rust cinsel doyum ölçeği'nin standardizasyon çalışması. *Türk Psikiyatri Derg*. 1993;4:83-8.
21. Cloninger C, Przybeck T, Svrakic D, Wetzel R. The temperament and character inventory: A guide to its development and use. St. Louis: Washington University, Dept. Psychiatry. 1994.
22. Abrams KY, Yune SK, Kim SJ, Jeon HJ, Han SJ, Hwang J, et al. Trait and state aspects of harm avoidance and its implication for treatment in major depressive disorder, dysthymic disorder, and depressive personality disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2004;58(3):240-8.
23. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5)*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014. 361 p.
24. Köse S, Sayar K, Ak İ, Aydın N, Kalelioğlu Ü, Kirpınar I, et al. Mizaç ve Karakter Envanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, Güvenirliliği ve Faktör Yapısı. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*. 2004;14(3).
25. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*. 1983;67(6):361-70.
26. Aydemir Ö, Guvenir T, Kuey L, Kultur S. Validity and reliability of Turkish version of hospital anxiety and depression scale. *Türk Psikiyatri Derg*. 1997;8(4):280-7.
27. Del Mar Sánchez-Fuentes M, Santos-Iglesias P, Sierra JC. A systematic review of sexual satisfaction. *International journal of clinical and health psychology*. 2014;14(1):67-75.
28. Serefoglu EC, McMahon CG, Waldinger MD, Althof SE, Shindel A, Adaikan G, et al. An evidence-based unified definition of lifelong and acquired premature ejaculation: Report of the second International Society for Sexual Medicine Ad Hoc

Committee for the Definition of Premature Ejaculation. The journal of sexual medicine. 2014;11(6):1423-41.

29. Şafak Öztürk C, Arkar H, Gökdağ C. Cinsel İşlev Bozukluğu Olan Çiftlerde Evlilik Uyumunda Kişilik Özellikleri Etkili mi? Cinsel Doyumun Aracı Etkisi. Turk Psikiyatri Derg. 2019.

30. Altunoluk B, Bağcıoğlu E, Erkan E, Bahçeci B, Söylemez H. Temperament and character differences in patients with premature ejaculation. Nöro Psikiyatri Arşivi. 2013;50(4):332.

31. Michetti PM, Rossi R, Bonanno D, De Dominicis C, Iori F, Simonelli C. Dysregulation of emotions and premature ejaculation (PE): Alexithymia in 100 outpatients. The journal of sexual medicine. 2007;4(5):1462-7.

32. Lee YJ, Yu S-H, Cho S-J, Cho IH, Koh S-H, Kim SJ. Direct and indirect effects of the temperament and character on alexithymia: a pathway analysis with mood and anxiety. Comprehensive Psychiatry. 2010;51(2):201-6.

33. Öztürk CŞ, Arkar H. Temperament and character dimensions, marital adjustment, and sexual satisfaction in couples with sexual dysfunction. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2018;21(3).

34. Kim S, Kim Y, Lee H, Kim S, Kim C-H. An interaction between the serotonin transporter promoter region and dopamine transporter polymorphisms contributes to harm avoidance and reward dependence traits in normal healthy subjects. Journal of Neural Transmission. 2006;113(7):877-86.

35. Rowland DL. Psychological impact of premature ejaculation and barriers to its recognition and treatment. Current medical research and opinion. 2011;27(8):1509-18.

Ischemia modified albumin: A potential marker for global metabolic risk in generalized anxiety disorder and panic disorder

İskemi modifiye albumin: Yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozuklukta-ki genel metabolik risk için potansiyel bir belirteç

Esra Kabadayi Sahin¹, Gokcen Turan², Salim Neselioglu³, Murat Ilhan Atagun⁴

¹M.D., Department of Psychiatry, Dr Abdurrahman Yurtaslan Ankara Oncology Research and Training Hospital, Ankara, Turkey

<https://orcid.org/0000-0003-1320-0119>

²M.D., Department of Psychiatry, Ankara City Hospital, Ankara, Turkey <https://orcid.org/0000-0002-7417-2273>

³Assoc. Prof., Department of Biochemistry, Ankara Yildirim Beyazit University Medical School, Ankara, Turkey

<https://orcid.org/0000-0002-0974-5717>

⁴Assoc. Prof., Department of Psychiatry, Ankara Yildirim Beyazit University Medical School, Ankara, Turkey

<https://orcid.org/0000-0002-8514-0576>

SUMMARY

Objective: Ischemia modified albumin (IMA) is an altered type of albumin produced due to exposure to hypoxia, acidosis, inflammation, or oxidative stress. In this study, we aimed to evaluate the serum IMA levels in newly diagnosed and medication-naïve generalized anxiety disorder (GAD) and panic disorder (PD) patients. **Method:** This cross-sectional study included medication-naïve 23 GAD, 25 PD patients, and 28 healthy controls. The participants were evaluated with a sociodemographic form, the Beck Depression Inventory (BDI), and the Beck Anxiety Inventory (BAI). Venous blood samples were collected from all participants, and IMA levels and routine biochemical parameters were measured. **Results:** There was no statistically significant difference between three groups in terms of age, gender, body mass index (BMI) and routine biochemical markers of the participants ($p>0.05$). The GAD and PD groups had significantly higher serum IMA levels than healthy controls ($p<0.01$), whereas there was no statistically significant difference in IMA levels between GAD and PD groups ($p=0.994$). Additionally, correlation analysis showed a positive correlation between IMA levels with BDI and BAI scores ($r=0.449$ and $r=0.632$, respectively, $p<0.001$). **Discussion:** Higher IMA levels in patients with GAD and PD may indicate metabolic stress on these patients. Anxiety disorders may tend to various biochemical disturbances, and IMA could be an important new marker that indicates global metabolic risk in such patients. This research is the first study that evaluates IMA levels in anxiety disorders.

Key Words: Ischemia modified albumin, generalized anxiety disorder, panic disorder

ÖZET

Amaç: İskemi modifiye albümin (İMA), hipoksi, asidoz, inflamasyon, oksidatif stres sonucu üretilen modifiye bir albümin türüdür. Bu çalışmada, yeni tanı alan ve daha önce ilaç kullanmamış yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ve panik bozukluk (PB) hastalarında serum İMA düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Bu kesitsel çalışmaya, daha önce ilaç kullanmamış 23 YAB, 25 PB hastası ve 28 sağlıklı kontrol dahil edildi. Katılımcılar sosyodemografik veri formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ile değerlendirildi. Tüm katılımcıların serum İMA düzeyleri ve rutin biyokimyasal parametreleri ölçüldü. **Bulgular:** Katılımcıların yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi (VKİ) ve biyokimyasal belirteçleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$). Serum İMA düzeyleri YAB ve PB gruplarında sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksekken ($p<0.01$), YAB ve PB grupları arasında İMA düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0.994$). Korelasyon analizlerinde, İMA düzeyleri ile BDÖ ve BAE puanları arasında pozitif korelasyon saptandı (sırasıyla $r=0.449$ ve $r=0.632$, $p<0.001$). **Sonuç:** YAB ve PB hastalarındaki yüksek İMA seviyeleri, bu hastalardaki metabolik stresi gösterebilir. Anksiyete bozukluklarında çeşitli biyokimyasal bozukluklar görülebilmektedir. İMA, bu hastalarda genel metabolik riski gösteren önemli bir yeni belirteç olabilir. Bu araştırma, anksiyete bozukluklarında İMA düzeylerini değerlendiren ilk çalışmadır.

Anahtar Sözcükler: İskemi modifiye albumin, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk

(*Turkish J Clinical Psychiatry* 2021;24:153-159)

DOI:10.5505/kpd.2020.49404

INTRODUCTION

Anxiety disorders are a group of psychiatric disorders defined by excessive worry, fear, and hyperarousal that cause clinically significant distress, impairment in functioning, and loss of life quality. They are among the most common psychiatric disorders with a heterogeneous spectrum of clinical manifestations and various levels of severity (1). The lifetime prevalence is estimated between 4.3-5.9% for generalized anxiety disorder (GAD) (2) and 1.1-4.7% for panic disorder (PD) (3).

Various explanations of the etiopathogenesis for the anxiety disorders emerged. Diverse social, genetic, cognitive, behavioral, and biological studies revealed that GAD and PD share heterogeneous pathophysiological mechanisms. Recently, accumulating evidence suggests that oxidative stress, inflammation and neuroendocrine abnormalities are among the critical underlying biological mechanisms in the etiopathogenesis of these disorders (4, 5). Metabolic stress that exceeds the capacity of the balance mechanisms may damage cellular components such as proteins, lipids, carbohydrates and nucleic acids (6) and leads to neuronal damage, which results in various diseases, including psychiatric disorders (7-9).

Ischemia modified albumin (IMA) is considered as a novel serum biomarker that implicates systemic metabolic stress in circulation (10). The N-terminus of serum albumin has the ability to bind transitional metals such as cobalt, iron, copper, and nickel and acts as a vital antioxidant and protective molecule in the blood (11). The N-terminus is prone to be modified by reactive oxygen species due to metabolic stress such as inflammation, hypoxia, acidosis, free radicals, and free iron. The albumin N-terminus residue's damage gives rise to a reduction in its binding capacity to those metal elements (12). Serum IMA level has already been used as an important marker for myocardial ischemia (13). However, it was revealed in different studies that serum IMA levels increased not only in systemic diseases such as coronary artery disease, diabetes, obesity (14-16) but also in psychiatric disorders such as schizophrenia, bipolar disorder, and depression (17,18).

To our knowledge, no study in the literature investigated the IMA levels in anxiety disorders. Besides, medications may interfere with the measurement of IMA by binding albumin molecules. Even though albumin is not directly modified by a medication, it may lose its affinity to bind cobalt ions through the indirect action of some certain medications. Therefore, in this study, we aimed to evaluate serum IMA levels in newly diagnosed and medication-naïve patients with PD and GAD.

METHODS

This research is a cross-sectional, single-centered study. The patient groups consisted of 23 GAD patients and 25 PD patients who were between the ages of 18-65 years, medication-naïve, and newly diagnosed according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5) criteria at the psychiatry outpatient clinic of the hospital. The control group included age, gender, and body mass index (BMI) matched 28 healthy individuals who had no medical diseases or psychiatric disorders. Alcohol users, smokers, obese individuals (BMI>30), and those who had any comorbid chronic disease, psychiatric disorder, history of acute infection in the last two months, or who used any medication or herbal and vitamin supplements were excluded from the study.

In the clinical assessment, the socio-demographic data were collected with a form prepared by the researchers. The Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Anxiety Inventory (BAI) were administered to all participants. The BDI is a 17-item self-report scale developed by Beck to evaluate the symptoms and severity of depression (19). The Turkish validity and reliability studies of BDI were performed (20). The BAI is a 21-item self-report scale that assesses anxiety symptoms of an individual (21). The Turkish validity and reliability study of the scale was performed by Ulusoy et al. (22). Both tests are Likert-type scales, and each item is evaluated with a score between 0 and 3.

The study's approval was granted by the Institutional Ethics Committee (no:26379996/16, date:18.01.2017), and written informed consent was obtained from all participants before study partici-

pation.

Measurement of biochemical and oxidative stress parameters

Venous blood samples were drawn from all participants into EDTA tubes. The blood samples were centrifuged at 1800g for 10 minutes, and the obtained serum samples were stored at -80°C until the day of biochemical analysis. Biochemical analysis was conducted when the samples were dissolved after being kept at +4°C for 12 hours. From the collected samples, hemogram, liver, kidney and thyroid function test, serum albumin and ferritin levels were measured.

Serum IMA levels were evaluated by a manual colorimetric assay described by Bar-Or et al. based on the measurement of the cobalt binding ability of the serum albumin (13). 50 µL of 0.1% cobalt chloride (CoCl₂·6H₂O) was gently added to 200 µL of patient serum and waited 10 minutes in the dark to ensure adequate cobalt-albumin binding. Then 50 µL of dithiothreitol (DTT) (1.5 mg/mL H₂O) was added to the serum as a colorizing agent. In order to stop the chemical reaction, 1.0 mL of 0.9% NaCl was added to the solution after two minutes. The blank tubes were prepared for each sample similarly without DTT addition. The absorbance of the solutions was measured with a spectrophotometer at 470 nm. The IMA concentration was then obtained by the difference between the samples with and without DTT and reported in absorbance units (ABSU).

Statistical analysis

Variables were reported as means ± standard deviations (sd) or frequencies (%). The normally dis-

tributed continuous variables were compared with the one-way ANOVA test. For multiple comparisons, post-hoc Tukey tests were used since all variances were homogeneous in the Levene's Test for Homogeneity of Variances. For the categorical variables, Pearson's chi-square test was used. Correlations between continuous variables were tested by bivariate Pearson's correlation analysis, while η (eta) correlation coefficient was used to test the correlation between continuous and categorical variables. A priori power analysis was performed to determine sample size for detecting a difference between the groups at an effect size of $f=0.40$ in IMA measurement based on the one-way ANOVA analysis ($\alpha=0.05$, power=0.80). The analyses were performed using the Statistical Package for Social Sciences 25.0 for Windows (SPSS, IBM Inc., Armonk, NY / USA). A p-value of <0.05 was considered statistically significant.

RESULTS

A total of 23 GAD patients, 25 PD patients, and 28 healthy controls were included in the study. Table 1 shows the general demographic characteristics and psychometric test scores of both patient groups and healthy controls. There was no statistically significant difference between groups in terms of age, gender, and BMI of the participants ($p>0.05$). When BDI and BAI scores were considered, significant differences between groups were observed ($p<0.001$). Based on the post-hoc multiple comparisons tests, BDI and BAI scores of the GAD and PD groups were statistically significantly higher than the control group ($p<0.001$). However, there was no statistically significant difference between the GAD and PD groups in terms of BDI and BAI scores.

Table 1. General characteristics of patient groups and health controls

	GAD (n=23)	PD (n=25)	Control (n=28)	ES ‡	F, χ^2
Age (years)*	30.43±6.54	30.00±7.92	30.43±6.13	0.001	0.032
Gender, female †	15 (65.2%)	16 (66.7%)	20 (71.4%)	0.058	0.253
BMI (kg/m ²)*	23.90±3.32	23.69±3.88	23.76±2.69	0.001	0.023
BDI score*	12.48±4.42	11.29±5.79	2.29±2.05	0.553	44.62
BAI score*	24.61±6.81	24.04±6.04	2.54±2.13	0.808	151.19

Values are presented as mean ± sd, or n(%). *One-way ANOVA †Pearson's chi-square test. ‡Eta-squared or Cramer's V value for effect size. GAD: Generalized Anxiety Disorder, PD: Panic Disorder, BMI: Body mass index, BDI: Beck Depression Inventory, BAI: Beck Anxiety Inventory, ES: Effect size.

Table 2. Comparison of biochemical variables and IMA levels between groups

	GAD (n=23)	PD (n=25)	Control (n=28)	ES*	F, χ^2	p
Creatinine (mg/dL)	0.68±0.16	0.66±0.15	0.69±0.13	0.006	0.217	0.806
Total Protein (g/dL)	7.16±0.73	7.07±0.98	7.30±0.54	0.016	0.598	0.553
Albumin (g/dL)	4.54±0.49	4.61±0.56	4.63±0.32	0.007	0.267	0.766
ALT (U/L)	13.0 (11.0-18.0)	13.0 (10.0-20.3)	12.0 (9.0-18.8)	0.010	0.771	0.680
AST (U/L)	17.0 (16.0-18.0)	17.5 (14.5-23.0)	16.5 (14.3-23.8)	0.002	0.153	0.927
TSH (uIU/mL)	1.93±0.81	1.73±0.75	1.93±0.80	0.015	0.532	0.590
Ferritin (ng/mL)	33.4 (22.6-62.5)	38.4 (19.4-68.9)	21.6 (13.1-68.7)	0.047	3.452	0.178
IMA (ABSU)	77.77±8.87	78.12±8.65	57.80±14.56	0.437	27.943	<0.001

Values are presented as means ± sd or median (25th – 75th percentile). *eta-squared or epsilon-squared estimate of effect size, for one-way ANOVA or Kruskal Wallis tests, respectively. GAD: Generalized Anxiety Disorder, PD: Panic Disorder, IMA: Ischemia modified albumin, ES: Effect size, p: probability value.

The biochemical variables and IMA levels of the patient groups and healthy controls are presented in Table 2. There was no statistically significant difference in the liver, kidney, and thyroid function tests, albumin and ferritin levels between the groups ($p>0.05$). When IMA levels were compared between the three groups, the post-hoc test showed that GAD and PD groups had significantly higher IMA levels than healthy controls ($p<0.001$). Nevertheless, there was no statistically significant difference in IMA levels between the GAD and PD groups ($p=0.994$).

Further correlation analyses were conducted to evaluate the association between IMA versus age, gender, BMI, serum albumin, ferritin, BDI, and BAI scores. As shown in Table 3 and Figure 1, statistically significant positive correlations were observed between IMA levels and BDI scores ($r=0.449$, $p<0.001$) and BAI scores ($r=0.632$, $p<0.001$) (Figure 1). No other significant correlation was detected between IMA levels and other biochemical variables ($p>0.05$).

Table 3. Covariate analysis for IMA

	IMA	
	r or η	p
Gender	0.054	0.840
Age	-0.038	0.748
BMI (kg/m ²)	0.024	0.838
BDI score	0.449	<0.001
BAI score	0.632	<0.001
Albumin	-0.085	0.469
Ferritin	-0.059	0.618

r: Pearson's correlation coefficient was used for continuous variables. η : eta correlation coefficient was used for categorical variables. IMA: Ischemia modified albumin, BMI: Body mass index, BDI: Beck Depression Inventory, BAI: Beck Anxiety Inventory, p: probability value.

DISCUSSION

This study revealed that GAD and PD patients had significantly higher serum IMA levels than healthy controls. In correlation analysis, serum IMA levels were correlated with the severity of anxiety in all groups. To our knowledge, this is the first study to investigate serum IMA levels in anxiety disorders.

The neurons are highly vulnerable to hypoxia, acidosis, and oxidative stress since the brain's oxygen consumption is high, and the brain has relatively limited defense mechanisms (23). The increase in oxidant load and hyperactivation of pro-inflammatory pathways trigger cellular apoptosis and cause cellular destruction and neuronal loss (4). It has been suggested that emotional stress can induce the production of reactive oxygen species (ROS) and thus cause neuroinflammation. Additionally, it is also showed that neuroinflammation and oxidative stress might contribute to anxiety-like behaviors in animal models (24).

Many studies investigating inflammation and oxidative stress in anxiety disorders showed concurrent results about the role of neuronal loss due to ROS and pro-inflammatory molecules in the pathophysiology of these disorders. It is stated that the total oxidant load is increased, and various antioxidant molecules are decreased in anxiety disorders such as GAD, PD, and social phobia (25-27). In studies investigating specific oxidative stress mechanisms, it was revealed that the malondialdehyde (MDA) level, a lipid peroxidation end-product, was higher in anxiety disorders compared to healthy controls (26,28). In another study, it was shown that thiol-disulphide homeostasis, which referred to thiol groups' role in albumin, glutathione, and cysteine in oxidative balance, was disrupted in GAD and PD (29). Serum xanthine oxi-

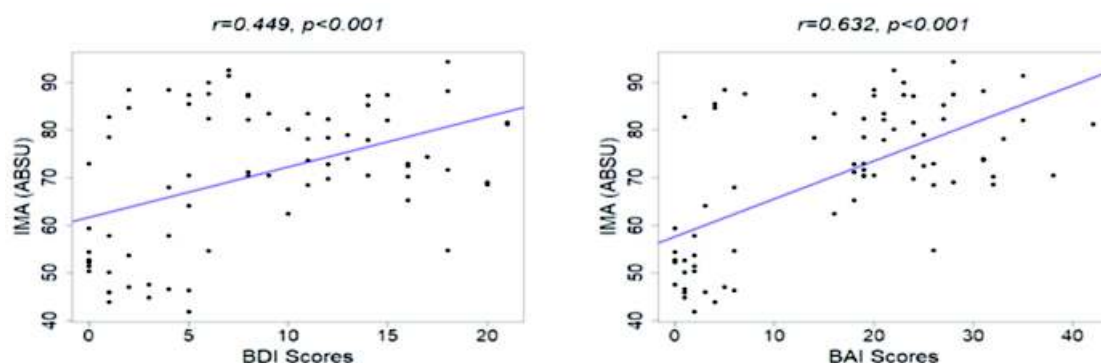


Figure 1. Partial regression plot between IMA and BDI, BAI scores.

IMA: Ischemia modified albumin, BDI: Beck Depression Inventory, BAI: Beck Anxiety Inventory, p: probability value.

dase (XO) and adenosine deaminase (ADA) were found to be higher in patients with PD (30). Moreover, in studies examining the inflammatory process in anxiety disorders, anxiety was found to be associated with inflammation and cellular immunity. TNF-alpha, interleukin-6 (IL-6), CRP levels were increased in anxiety disorders (5, 31).

Albumin is an essential protein with numerous antioxidant features. Therefore, elevated IMA levels are associated with different oxidative stress pathways and inflammatory processes. IMA is accepted as a novel biomarker that indicates hypoxia and increased free radicals (including iron, copper), inflammation, and metabolic disturbances such as dyslipidemia and hyperglycemia (16). It was proposed that increased serum IMA levels might be associated with metabolic disturbances in schizophrenia and bipolar disorder (17). In another study, it is argued that elevated IMA levels could be associated with iron-induced oxidative stress in patients with depression (18). Although there is a lack of evidence about the role of iron overload and other metabolic disorders in the pathogenesis of anxiety disorders, hypoxia and inflammation is a well-known factor that underlies the etiology of anxiety disorders.

In some animal studies, it was revealed that hypoxia induces an inflammatory process in the hippocampus and causes anxiogenic behaviors in rats (32). Production of nitric oxide (NO), known as both neurotransmitter and ROS, was linked to precipitation of anxiety-like behaviors after cerebral ischemia (33). It was also showed that a low level of

oxygen causes escape behaviors in panic disorder by activating dorsal periaqueductal gray matter, a critical region that plays a role in autonomic functions and behavioral responses to threatful stimuli (34). Additionally, it was reported that healthy individuals showed anxiety-specific behaviors following a pro-inflammatory lipopolysaccharide application (35). While pro-inflammatory cytokines were accepted to induce neuroinflammation in specific brain regions, they also intensify oxidative stress and neuronal damage (36).

There was a positive correlation between IMA levels and disease severity. There are conflicting results about the correlation of biochemical markers and disease severity. While many studies did not show any correlation between anxiety levels and oxidative stress markers (25,29,37), some studies identify a relationship between psychometric test scores and inflammatory markers (18, 38). The results of this study may suggest that emotional stress may lead to biochemical stress in the body.

The study's cross-sectional single-centered design with a relatively small sample size was the main limitation. Another limitation was that only a limited number of oxidative stress parameters were evaluated in this research. Additionally, the usage of broader evaluation tools could make the study power stronger. Since the researchers did not have SCID training at the time that the study was planned, it could not be used. Due to the outpatient clinic conditions during the study, the self-assessment tools were administered. Although basic variables including disease comorbidity, obe-

sity, smoking, and medication or supplement use of the participants were controlled to reduce their effects on oxidative balance, some other factors such as diet, strenuous exercise, the sleep-wake cycle could not be controlled.

CONCLUSION

In conclusion, increased serum IMA levels in GAD and PD patients could be considered a mark of global metabolic disorder correlated with symptom severity in anxiety disorders. Although the cause-effect relationship has yet to be clearly determined, inflammation and oxidative stress could

mediate critical biochemical changes in the neurons, which lead to anxiety and anxiety-specific behaviors. Further studies may be designed to evaluate which immunologic and inflammatory pathways are correlated explicitly with serum IMA levels in anxiety disorders.

Correspondence address: M.D., Esra Sahin Kabadayi, Dr Abdurrahman Yurtaslan Ankara Oncology Research and Training Hospital, Ankara, Turkey ekabadayi06@gmail.com

REFERENCES

1. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011;21:655-79.
2. Tyrer P, Baldwin D. Generalised anxiety disorder. *Lancet* 2006;368 :2156-66.
3. Freire R, Zugliani M, Garcia R, Nardi A. Treatment-resistant panic disorder: a systematic review. *Expert Opin Pharmacother* 2016;17:159-68.
4. Bouayed J, Rammal H, Soulimani R. Oxidative stress and anxiety: relationship and cellular pathways. *Oxid Med Cell Longev* 2009;2:63-7.
5. Vogelzangs N, Beekman A, De Jonge P, Penninx B. Anxiety disorders and inflammation in a large adult cohort. *Transl Psychiatry* 2013;3:249.
6. Liguori I, Russo G, Curcio F, Bulli G, Aran L, Della-Morte D, Gargiulo G, Testa G, Cacciatore F, Bonaduce D, Abete P. Oxidative stress, aging, and diseases. *Clin Interv Aging* 2018;13:757.
7. Reyazuddin M, Azmi S, Islam N, Rizvi A. Oxidative stress and level of antioxidant enzymes in drug-naïve schizophrenics. *Indian J Psychiatry* 2014;56:344.
8. Smaga I, Niedzielska E, Gawlik M, Moniczewski A, Krzek J, Pera J, Filip M. Pharmacological Reports Oxidative stress as an etiological factor and a potential treatment target of psychiatric disorders . Part 2 . Depression , anxiety , schizophrenia and autism. *Pharmacol reports* 2015;67:569-80.
9. Savas H, Gergerlioglu H, Armutcu F, Herken H, Yilmaz H, Kocoglu E. Elevated serum nitric oxide and superoxide dismutase in euthymic bipolar patients: impact of past episodes. *World J Biol Psychiatry* 2006;7:51-5.
10. Sbarouni E, Georgiadou P, Voudris V. Ischemia modified albumin changes - review and clinical implications. *Clin Chem Lab Med* 2011;49:177-84.
11. Bar-Or D, Curtis G, Rao N, Bampas N, Lau E. Characterization of the Co(2+) and Ni(2+) binding amino-acid residues of the N-terminus of human albumin. *Eur J Biochem.* 2001;268:42-7.
12. Roy D, Quiles J, Gaze D, Collinson P, Kaski J, Baxter G. Role of reactive oxygen species on the formation of the novel diagnostic marker ischaemia modified albumin. *Heart* 2006;92:113-4.
13. Bar-Or D, Lau E, Winkler J. A novel assay for cobalt-albumin binding and its potential as a marker for myocardial ischemia-a preliminary report. *J Emerg Med* 2000;19:311-5.
14. Turan T, Akyüz A, Sahin S, Kul S, Yilmaz A, Kara F, Mentese SO, Aykan AÇ, Demir SE, Celik S, Karahan SC. Association between the plasma levels of IMA and coronary atherosclerotic plaque burden and ischemic burden in early phase of non-ST-segment-elevation acute coronary syndromes. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2017;21:576-83.
15. Kaefer M, Piva S, De Carvalho J, Da Silva D, Becker A, Coelho A, Duarte MM, Moresco RN. Association between ischemia modified albumin, inflammation and hyperglycemia in type 2 diabetes mellitus. *Clin Biochem* 2010;43:450-4.
16. Ates E, Set T, Karahan S, Bicer C, Erel O. Thiol/disulphide homeostasis, ischemia modified albumin, and ferroxidase as oxidative stress markers in women with obesity with insulin resistance. *J Med Biochem* 2019;38:445-51.
17. Tunc S, Atagun M, Neselioglu S, Bilgin Y, Basbug H, Erel O. Ischemia-modified albumin: a unique marker of global metabolic risk in schizophrenia and mood disorders. *Psychiat Clin Psych* 2019;29:123-9.
18. Karasalan O, Hacımusalar Y, Amuk O, Bal C. Evaluation of ischemia modified albumin levels in major depression patients. *J Surg Med* 2019;3:557-60.
19. Beck A. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.
20. Hisli N. A study on the validity of the Beck depression inventory. *Turk Psychol J* 1998;6:118-123.
21. Beck A, Epstein N, Brown G, Ster R. An Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:893-7.
22. Ulusoy M, Sahin N, Erkmen H. Turkish version of the Beck

- Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cogn Psychother* 1998;12:163–72.
23. Halliwell B. Oxidative stress and neurodegeneration: where are we now? *J Neurochem* 2006;97:1634–58.
 24. Gingrich J. Oxidative stress is the new stress. *Nat Med*. 2005;11:1281–2.
 25. Emhan A, Selek S, Bayazit H, Karababa I, Katı M, Aksoy N. Evaluation of oxidative and antioxidative parameters in generalized anxiety disorder. *Psychiatry Res* 2015;230:806–10.
 26. Atmaca M, Kuloglu M, Tezcan E, Ustundag B. Antioxidant enzyme and malondialdehyde levels in patients with social phobia. *Psychiatry Res* 2008;159:95–100.
 27. Gautam M, Agrawal M, Gautam M, Sharma P, Gautam A, Gautam S. Role of antioxidants in generalised anxiety disorder and depression. *Indian J Psychiatry* 2012;54:244.
 28. Bulut M, Selek S, Bez Y, Karababa I, Kaya M, Gunes M, Emhan A, Aksoy N, Sir A. Reduced PON1 enzymatic activity and increased lipid hydroperoxide levels that point out oxidative stress in generalized anxiety disorder. *J Affect Disord* 2013;150:829–33.
 29. Kabadayi Sahin E, Turan G, Neselioglu S, Can S, Atagun M. Thiol-disulphide homeostasis in patients with general anxiety disorder and panic disorder. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci* 2019;32:289.
 30. Herken H, Akyol O, Yilmaz H, Tutkun H, Savas H, Ozen M, Kalenderoglu A, Gulec M. Nitric oxide, adenosine deaminase, xanthine oxidase and superoxide dismutase in patients with panic disorder: alterations by antidepressant treatment. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2006;21:53–9.
 31. O'Donovan A, Hughes B, Slavich G, Lynch L, Cronin M, O'Farrelly C, Malone KM. Clinical anxiety, cortisol and interleukin-6: Evidence for specificity in emotion–biology relationships. *Brain Behav Immun* 2010;24:1074–7.
 32. Fan J, Fan X, Li Y, Guo J, Xia D, Ding L, Zheng Q, Wang W, Xue F, Chen R, Liu S. Blunted inflammation mediated by NF- κ B activation in hippocampus alleviates chronic normobaric hypoxia-induced anxiety-like behavior in rats. *Brain Res Bull* 2016;122:54–61.
 33. Nakashima M, Ajiki K, Nakashima K, Takahashi M. Possible role of nitric oxide in anxiety following transient cerebral ischemia in mice. *J Pharmacol Sci* 2003;91:47–52.
 34. Fernandes G, Frias A, Spiacci Jr A, Pinheiro L, Tanus-Santos, JE Zangrossi Jr H. Nitric oxide in the dorsal periaqueductal gray mediates the panic-like escape response evoked by exposure to hypoxia. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry* 2019;92:321–7.
 35. Reichenberg A, Yirmiya R, Schuld A, Kraus T, Haack M, Morag A, Pollmächer T. Cytokine-associated emotional and cognitive disturbances in humans. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:445–52.
 36. Salim S, Asghar M, Taneja M, Hovatta I, Chugh G, Vollert C, Vu A. Potential contribution of oxidative stress and inflammation to anxiety and hypertension. *Brain Res* 2011;1404:63–71.
 37. Asoglu M, Kilicaslan F, Beginoglu O, Fedai U, Akil O, Celik H, Buyukaslan H. Thiol/disulphide homeostasis as a new oxidative stress marker in untreated patients with generalized anxiety disorder. *Anatol J Psychiatry* 2018;19(2):143–9.
 38. Arranz L, Guayerbas N, De la Fuente M. Impairment of several immune functions in anxious women. *J Psychosom Res* 2007;62:1–8.

Birinci basamak hekimlerinin, psikiyatri ile ilgili temel hekimlik uygulamalarına dair öz yeterlilik algılarının ve görüşlerinin incelenmesi: Ulusal çapta bir çalışma

Evaluation of self-perceived competency levels and perspectives of primary care physicians on psychiatry related basic practical skills: A nationwide study in Turkey

Özlem Coşkun¹, Yavuz Selim Kiyak², Işıl İrem Budakoğlu³, Dilek Öztaş⁴, Özgür Erdem⁵, Selçuk Aslan⁶

¹Doç. Dr., ²Öğr. Gör., ³Prof. Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi ve Bilişimi Ana Bilim Dalı, Ankara, Türkiye <https://orcid.org/0000-0001-8716-1584> <https://orcid.org/0000-0002-5026-3234> <https://orcid.org/0000-0003-1517-3169>

⁴Doç. Dr. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-8687-7238>

⁵Uz. Dr., Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-2772-1655>

⁶Prof. Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-8706-1265>

ÖZET

Amaç: Birinci basamak hekimlerinin Ulusal Çekirdek Eğitim Programı 2014'te (UÇEP-2014) yer alan psikiyatri ile ilgili temel hekimlik uygulamalarına dair öz yeterlilik algılarının ve görüşlerinin belirlenmesidir. **Yöntem:** Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte olup toplam 4117 hekim katılmıştır. Türkiye'de birinci basamakta görev yapan hekimlere elektronik ortamda anket formu gönderilerek UÇEP-2014'te yer alan psikiyatri ile ilgili dokuz temel hekimlik uygulaması ile ilgili yeterlilik seviyeleri ve bir tıp fakültesi öğrencisinin mezun olduğunda sahip olması gereken yeterlilik seviyesi sorulmuştur. 1 Ekim 2017 ile 1 Eylül 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Analizlerde, tanımlayıcı istatistiksel yöntemler ve Ki-Kare Testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Birinci basamak hekimlerinin psikiyatri ile ilgili uygulamalarda öz yeterlilik oranı %27,3 ile %62,4 arasında değişmekteydi. Mezuniyetinden beş yıldan fazla süre geçmiş olan hekimlerin öz değerlendirmelerine göre yetersizlik oranları, dokuz uygulamanın dördünde istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazlaydı ($p<0,05$). Toplam dokuz uygulamanın beşinde hekimlerin görüşleri UÇEP-2014 düzeyi ile uyumluydu. **Sonuç:** Türkiye'de birinci basamakta görev yapan hekimlerin, psikiyatri ile ilgili temel hekimlik uygulamalarına yönelik öz yeterlilik algıları düşüktür. Yetersizlik algısı yeni mezun hekimlerde daha azdır. UÇEP-2014 ile hekimlerin görüşleri genel anlamda birbiriyle uyumaktadır. Mezuniyet öncesi eğitim programlarının psikiyatri ile ilgili temel hekimlik uygulamaları açısından gözden geçirilmesi önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: Psikiyatri, birinci basamak, pratisyen hekimler, temel hekimlik uygulamaları, çekirdek eğitim programı

SUMMARY

Objective: The aim of this study is to determine self-perceived competency levels and perspectives of primary care physicians on psychiatry related basic practical skills that are in Turkish National Core Curriculum 2014. **Method:** This is a descriptive cross-sectional study that 4117 primary care physicians participated. An electronic survey form has been sent to primary care physicians who actively work in Turkey to determine the primary care physicians' self-perceived competency levels and the level that a medical student should reach at the graduation, on the psychiatry related basic practical skills that is in National Core Curriculum 2014. The study was carried out between October 1, 2017 and September 1, 2018. Descriptive statistical methods and chi square test were performed during analysis process. **Results:** Self-perceived competency levels on psychiatry related skills of primary care physicians were between 27,3% and 62,4%. The proportion of incompetent primary care physicians was statistically higher among physicians who has graduated from medical school more than five years ago ($p<0.05$). Out of nine skills, primary care physicians' perspectives and NCC-2014 levels were consistent. **Discussion:** Primary care physicians who work in Turkey has low self-perceived levels on psychiatry related basic practical skills in National Core Curriculum 2014. Newly graduated physicians (five years from graduation) perceive themselves less incompetent. National Core Curriculum 2014 levels are compatible with perspectives of primary care physicians. It is suggested that undergraduate medical curricula should be evaluated in terms of psychiatry related basic practical skills.

Key Words: Psychiatry, primary care, practitioner physicians, basic practical skills, core curriculum

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2021;24:160-166)

DOI: 10.5505/kpd.2020.38980

160

Makalenin geliş tarihi: 10.08.2020, Yayına kabul tarihi: 09.11.2020

GİRİŞ

Türkiye’de psikiyatrik hastalıklar, ulusal hastalık yükü nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra %19 ile ikinci sıradadır (1). Bu yükün azaltılmasına yönelik olarak birinci basamak, sağlık hizmetinin en temel ve en önde gelen kısmını oluşturduğu için yüksek önemdedir. Bu durum, toplumun zihin sağlığını koruma ve geliştirme özelinde de geçerlidir (2). Buna rağmen, Türkiye’de geçmişten günümüze pek çok merkezde yapılan araştırmalar psikiyatrik sorunları olan hastaların ilk başvuruda birinci basamağı tercih etme oranlarının düşük olduğunu göstermiştir (3,4,5,6,7). Söz konusu çalışmalarda tercih etmemenin ardında yatan sebep olarak “birinci basamakta verilen hizmetten tatmin olmama” öne çıkmaktadır. Hastaların ilk başvuruda birinci basamağı tercih etmemesi ama psikiyatrik ilaç reçete ettirmek için aile hekimliğine sıklıkla başvuruyor olması (6), hastaların birinci basamağa güvenlerinin düşük olduğunun bir göstergesi olarak yorumlanabilir. Hekimlerin herhangi bir konudaki yeterliliğinin sadece hasta tatmini ve güveni üzerinden değerlendirilmesi doğru olmasa da birinci basamakta görev yapan hekimlerin psikiyatri ile ilgili bilgi, tutum ve becerilerinin yeterli olması, bu hizmetlerin etkinliğini sürdürebilmek için şarttır.

Türkiye’de tıp fakültesinden mezun olan hekimlerin yeterlilikleri açısından kazanmış olmaları gereken asgari seviyeyi belirlemek adına, Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı ilk olarak 2002’de oluşturulmuştur (8). Daha sonra kapsamlı güncellemelerle 2014’te (9) ve son olarak 2020’de (10) yayınlanmıştır. Bu belgelerde çekirdek hastalıklar ve temel hekimlik uygulamaları ile ilgili asgari düzeyler belirtilmiştir (10, 11). Belirlenen temel hekimlik uygulamaları, Ulusal Çekirdek Eğitim Programı 2014’te (UÇEP-2014) 136 adet olup her bir uygulama için öğrenilmesi gereken asgari düzey şu dört düzeyden biriyle eşleştirilerek belirtilmiştir:

1: Uygulamanın nasıl yapıldığını bilir ve sonuçlarını hasta ve/veya yakınlarına açıklar.

2: Acil bir durumda kılavuz/yönergeye uygun biçimde uygulamayı yapar.

3: Karmaşık olmayan, sık görülen, durumlarda/olgularda uygulamayı yapar.

4: Karmaşık durumlar/olgular da dâhil uygulamayı yapar.

Türkiye’de birinci basamakta görev yapan hekimlerin, UÇEP’te yer alan temel hekimlik uygulamalarının psikiyatri ile ilgili olanlarında ne düzeyde olduklarına dair herhangi bir çalışma olmadığı gibi, bu uygulamalarda kendilerini yeterli görüp görmedikleri dahi bilinmemektedir. UÇEP bir tıp fakültesi mezununun kazanmış olması gereken düzeyi belirlemiş olsa da, sahada çalışan hekimlerin sahada gereken düzeyle ilgili farklı görüşleri olabilir ve bu görüşler çekirdek program geliştirme sürecinde önemlidir. Buna rağmen bu konuda da yapılmış başka bir çalışma yoktur.

Literatürdeki açığın kapanmasına yönelik bir adım olarak düşünülebilecek bu çalışmanın, geliştirilecek olan çekirdek eğitim programlarında psikiyatri ile ilgili temel hekimlik uygulamalarının daha nitelikli şekilde yer almasına ve Türkiye’de mezuniyet öncesi psikiyatri eğitiminin standartlarının belirlenmesine duyulan ihtiyacın (12) giderilmesi yolunda yapılacak çalışmalara katkıda bulunması umulmaktadır.

Bu çalışmanın amaçları, Türkiye’de birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan hekimlerin;

(1) Ulusal Çekirdek Eğitim Programı 2014’te yer alan psikiyatri ile ilgili temel hekimlik uygulamalarına dair öz yeterlilik algılarının belirlenmesi,

(2) Tıp fakültesinden mezuniyetinin üzerinden 0-5 yıl geçenler ile 5 yıldan fazla süre geçenler arasında, psikiyatri ile ilgili temel hekimlik uygulamalarına dair öz yeterlilik algısı farklılığı olup olmadığının belirlenmesi,

(3) Ulusal Çekirdek Eğitim Programı 2014’te yer alan psikiyatri ile ilgili temel hekimlik uygulamaları bağlamında, bir tıp fakültesi öğrencisinin mezun olurken kazanmış olması gereken düzeye dair

görüşlerinin belirlenmesidir.

YÖNTEM

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışma 1 Ekim 2017 ile 1 Eylül 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Örneklem

Çalışmanın evrenini Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı olarak birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapmakta olan hekimler oluşturmaktadır. Söz konusu dönemde birinci basamakta görev yapan hekimlerin sayısı 27652’dir. Sağlık Bakanlığı Toplum Sağlığı Hizmetleri ve Eğitim Daire Başkanlığı üzerinden elektronik ortamda katılımcılara ulaşılmıştır. Çalışmaya toplam 7177 hekim katılmış olup 3060’ı yarım bırakmış olduğu için değerlendirme dışı bırakılmıştır. Değerlendirmeye anketi tam dolduran 4117 kişi alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Katılımcılara, elektronik ortamda oluşturulmuş bir anket formu gönderilmiştir. Oluşturulan anket formunda demografik bilgilerle ilgili soruların yanında, UÇEP-2014’te yer alan 136 temel hekimlik uygulamasının her biri hakkında iki soru sorulmuştur. Bu uygulamalardan dokuzu psikiyatri ile doğrudan ilgilidir.

Yeterlilik Algıları: Katılımcılardan, temel hekimlik uygulamalarının her biri için kendilerini yeterlilik açısından değerlendirerek

a) Yeterliyim b) Yetersizim c) Kararsızım seçeneklerinden birini işaretlemeleri istenmiştir.

Olması Gereken Düzeye Dair Görüşleri: UÇEP-2014, temel hekimlik uygulamalarını uygun dört düzeyde değerlendirmektedir, bunlar;

1: Uygulamanın nasıl yapıldığını bilir ve sonuçlarını hasta ve/veya yakınlarına açıklar.

2: Acil bir durumda kılavuz/yönergeye uygun biçimde uygulamayı yapar.

3: Karmaşık olmayan, sık görülen, durumlarda/olgularda uygulamayı yapar.

4: Karmaşık durumlar/olgular da dâhil uygulamayı yapar.

Katılımcılardan, “bir tıp fakültesi öğrencisinin mezun olduğunda ne düzeyde bir yeterlilik kazanmış olması gerektiği”ne dair görüşlerini yukarıdaki dört öğrenim düzeyinden birini veya “0: Hiç gerekli değil” seçeneğini seçerek belirtmeleri istenmiştir.

İstatistiksel Analizler

Verilerin analizi Statistical Package for Social Sciences (SPSS) v.22.0 for Windows (Chicago, IL, USA) adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistiksel yöntemler ve mezuniyetlerinden 0-5 yıl ile 5 yıldan fazla yıl süre geçen hekimler arasındaki öz yeterlilik algısı farklılığın anlamlılığını belirlemek için Ki-Kare Testi kullanılmıştır. Anlamlılık için kesme seviyesi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

Etik Kurul Onayı

Çalışmanın onayı Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan alınmıştır (Tarih: 11.09.2017, No: 408).

BULGULAR

Birinci basamakta görev yapan 4117 (%14,9) hekim anketi tam cevaplamıştır. Bu hekimlerin %66,9’u erkek, %35,0’i 41-50 yaş grubunda, %82,8’inin tıp fakültesi mezuniyetinden beş yıldan fazla süre geçmiş, %90,1’i pratisyen, %9,1 uzman hekimdir (Tablo 1).

Psikiyatri ile ilgili olan temel hekimlik uygulamaları içinde, “Mental durumu değerlendirebilme” %62,4 ile en yüksek oranda katılımcının yeterli olduğunu belirttiği uygulama iken, “İntihara müdahale”

Tablo 1. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri.

Özellikler	n (%)
Cinsiyet	
Kadın	1364 (33,1)
Erkek	2753 (66,9)
Yaş grubu	
18-30	740 (18,0)
31-40	1078 (26,2)
41-50	1443 (35,0)
51 ve üstü	856 (20,8)
Tıp Fakültesinden Mezun Olduktan Sonra Geçen Süre (yıl)	
0-5	708 (17,2)
5'ten fazla	3409 (82,8)
Pratisyen / Uzman	
Pratisyen	3741 (90,9)
Uzman	376 (9,1)
Uzmanlık Alanları	
Aile Hekimliği	278 (6,8)
Halk Sağlığı	63 (1,5)
Diğer	35 (0,8)

%27,3 ile en düşük oranda katılımcının yeterli olduğunu belirttiği uygulamadır. Kararsız olanların oranı %25,3 ile %40,1 arasında değişmektedir. (Tablo 2)

Dört uygulamada, mezuniyetinin üzerinden beş yıldan fazla geçen hekimlerin içinde “yetersizim” seçeneğini işaretleyen hekimlerin oranı, mezuniyetinin üzerinden 0-5 yıl geçen hekimlerin içinde “yetersizim” seçeneğini işaretleyen hekimlerin oranından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır ($p<0,05$) (Tablo 3).

Tablo 4, katılımcıların seçimlerinin her bir öğrenim düzeyi bakımından oranını içermektedir. Tablo 4'te yer alan dokuz uygulamanın beşinde hekimlerin görüşleri UÇEP-2014 düzeyi ile uyumlu bulunmuştur. UÇEP-2014'te yer alan öğrenim düzeyleri “2” ve “3” iken, katılımcıların da en fazla yüzde ile belirttikleri düzey “2” ve “3” olmuştur.

Psikiyatri ile ilgili hekimlik uygulamalarda ($n=9$), tıp fakültesi öğrencisinin mezun olduğunda kazanmış olması gereken düzey açısından katılımcılar tarafından en yüksek oranda seçilen öğrenim düzeyi “3: Her hekim sık görülen ancak

karmaşık olmayan olgularda müdahale yapabilmeli” ($n=8$) ve “2: Acil bir durumda kılavuzlara/yönergeye uygun biçimde uygulamayı yapabilmeli” ($n=1$) olmuştur. Sadece “Acil psikiyatrik hastanın stabilizasyonunu yapabilme” uygulaması “2” düzeyinde seçilmiştir (Tablo 4).

TARTIŞMA

Bu çalışma, Türkiye’de birinci basamakta görev yapan hekimlerin UÇEP’te yer alan psikiyatri temel hekimlik uygulamaları hakkındaki yeterliliklerini ve görüşlerini ulusal çapta araştıran ilk çalışmadır. Hastaların birinci basamakta verilen ruh sağlığı hizmetlerinden tatmin olmamalarının (3,4,5,6,7) birinci basamak hekimlerinin ruh sağlığı ile ilgili hekimlik uygulamadaki yeterlilik düzeyleriyle ilişkili olduğu düşüncesi, araştırma hipotezimizin temelini oluşturmaktadır.

Çalışmada, bu uygulamalarda kendisini yeterli bulan hekimlerin oranının %27,3 (intihara müdahale) ile %62,4 (bilinç değerlendirmesi ve ruhsal durum muayenesi) arasında değiştiği tespit edilmiştir. Birinci basamağın sağlık sistemindeki önemi ve söz konusu uygulamaların temel hekimlik

Tablo 2. Katılımcıların temel hekimlik uygulamalarına göre öz yeterlilik algıları.

Temel Hekimlik Uygulamaları	Bütün Katılımcılar		
	Yeterliyim (%)	Yetersizim (%)	Kararsızım (%)
Psikiyatrik öykü alabilme	47,5	19,4	33,1
Mental durumu değerlendirebilme	62,4	12,2	25,3
Bilinç değerlendirmesi ve ruhsal durum muayenesi	62,0	12,4	25,6
Acil psikiyatrik hastanın stabilizasyonunu yapabilme	35,2	29,8	35,0
Hukuki ehliyeti belirleyebilme	34,1	30,8	35,1
İntihar riskini değerlendirme	30,4	30,6	39,0
İntihara müdahale	27,3	32,6	40,1
Minimental durum muayenesi	55,0	16,7	28,4
Rıza ehliyetini belirleyebilme	39,1	26,2	34,7

Tablo 3. Katılımcıların temel hekimlik uygulamalarına göre mezuniyetlerinden geçen süreye göre yetersizlik durumları.

Temel Hekimlik Uygulamaları	Kararsızlar Çıkarıldığında "Yetersizim" Diyenler (%)		P
	Mezuniyetinden En Fazla 5 Yıl Geçenler	Mezuniyetinden 5 Yıldan Fazla Geçenler	
Psikiyatrik öykü alabilme	15,5	16,6	0,56
Mental durumu değerlendirebilme	62,8	72,6	<0,001*
Bilinç değerlendirmesi ve ruhsal durum muayenesi	15,8	16,9	0,55
Acil psikiyatrik hastanın stabilizasyonunu yapabilme	41,9	46,6	0,06
Hukuki ehliyeti belirleyebilme	49,7	47,1	0,30
İntihar riskini değerlendirme	44,4	51,3	0,009*
İntihara müdahale	49,3	55,5	0,01*
Minimental durum muayenesi	19,3	24,1	0,02*
Rıza ehliyetini belirleyebilme	36,2	40,9	0,06

*: İstatistiksel olarak anlamlı

uygulamaları olduğu düşünüldüğünde, çalışmamızda tespit edilen yeterlilik oranlarının düşük olduğu ve hekimlerin eğitime ihtiyaçlarının bulunduğu söylenebilir. Örneğin, intihar düşüncesi ve bu yönde plan yapılmasının prevalansı birinci basamakta %1-10 iken (13) ve birinci basamakta görev yapan hekimlerin bu anlamda önemli bir önleyici işlevi olduğu bilinirken (13), intihar riskini değerlendirmede katılımcıların sadece %30,4'ünün kendisini yeterli bulması endişe vericidir.

Türkiye'de intörn hekimler ile (14) ve uzmanlık öğrencileri ile (8) yapılan çalışmalarda da psikiyatri ile ilgili temel hekimlik uygulamalarında yeterlilik açısından düşük seviyeleri gösteren sonuçlar elde edilmiştir. Buna paralel olarak, başka çalışmalarda da pratisyen hekimlerin (15) ve psikiyatri dışı uzman hekimlerin kendilerini psikiyatri ile ilgili konularda yeterli görmedikleri belirlenmiştir (16). Başka iki çalışmada ise, üniversite hastanesinde psikiyatrist dışı hekimlerin konsültasyon istedikleri hastalarla ilgili koydukları tanılarda zayıf düzeyde doğruluk oranı bulunmuştur (17, 18). Yetersizlik bulguları, örneğin, hastaların karar verebilme ehliyetini değerlendirme ile ilgili hekimlik uygulaması bakımından yurtdışındaki çalışmalarda

da tespit edilmiştir. Yeni Zelanda'da pratisyen hekimlerle (19, 20), İsviçre'de uzman hekimlerle (21) yapılan çalışmalarda hekimlerin bu açıdan eğitime ihtiyaç duydukları belirlenmiştir. Birinci basamak hekimlerinden psikiyatri uzmanı müdahalesi beklenemese de düzeyleriyle ilgili ulusal mutabakata varılan uygulamalarda birinci basamak hekiminin yetersiz hissetmesinin tıp fakültelerindeki psikiyatri eğitim programlarının tekrar gözden geçirilmesi için bir gösterge olduğu söylenebilir.

Kararsızlar bir kenara ayrıldığında, dokuz uygulamanın dördünde yetersiz hissetme oranı, yeni mezunlarda (0-5 yıl) mezuniyetinden beş yıldan fazla süre geçmiş olanlardan anlamlı olarak daha azdır. Bu durumun sebebi, tıp fakültesinde alınan eğitimin etkisinin zaman içerisinde azalması olabileceği gibi, zamanla sahadaki olguların karmaşıklığına şahit olmanın verdiği güvensizlik duygusu da olabilir. Sebebi her ne olursa olsun, tıp eğitiminin sadece mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası eğitimden oluşmadığı, özellikle uzmanlık dernekleri tarafından yürütülen sürekli tıp eğitiminin (sürekli meslekî gelişim) her bir hekim için gerekli ve doğal bir süreç olduğu gerçeği (22) psikiyatri özelinde de geçerlidir (23). Bu gerçek,

Tablo 4. Katılımcıların, bir tıp fakültesi öğrencisinin mezun olduğunda kazanmış olması gereken yeterlilik seviyesi ile ilgili görüşleri (%).

Temel Hekimlik Uygulamaları	UÇEP-2014'e göre olması gereken seviye	Katılımcıların Görüşleri				
		4	3	2	1	0
Psikiyatrik öykü alabilme	3	16,2	43,5	19,9	17,9	2,4
Mental durumu değerlendirebilme	3	21,1	43,8	19,5	13,7	1,8
Bilinç değerlendirmesi ve ruhsal durum muayenesi	3	20,1	48,8	19,5	10,3	1,3
Acil psikiyatrik hastanın stabilizasyonunu yapabilme	3	13,7	32,2	34,0	15,2	4,9
Hukuki ehliyeti belirleyebilme	3	15,0	34,7	25,8	16,6	7,9
İntihar riskini değerlendirme	2	15,9	35,5	30,3	14,1	4,2
İntihara müdahale	2	17,1	32,5	32,2	13,2	4,9
Minimental durum muayenesi	2	19,5	39,1	24,4	12,7	4,3
Rıza ehliyetini belirleyebilme	3	16,3	33,3	24,7	16,7	8,9

4: Her hekim karmaşık olgularda bile müdahale yapabilmeli

3: Her hekim sık görülen ancak karmaşık olmayan olgularda müdahale yapabilmeli

2: Acil bir durumda kılavuzlara/yönergeye uygun biçimde uygulamayı yapabilmeli

1: Uygulamanın nasıl yapıldığını bilmesi ve gerektiğinde hasta ve/veya yakınlarına açıklaması yeterli olur

0: Hiç gerekli değil

çalışmamızla bir kez daha ortaya çıkmaktadır.

Çalışmamızda yer alan dokuz temel hekimlik uygulamasında, hekimlerin en yüksek oranda seçtiği seviyeler “3: Her hekim sık görülen ancak karmaşık olmayan olgularda müdahale yapabilmeli” ve “2: Acil bir durumda kılavuzlara/yönergeye uygun biçimde uygulamayı yapabilmeli” olmuştur. UÇEP-2014’de bu uygulamalarda benzer seviyeleri belirlemiştir. Bulgular, birinci basamak hekimlerinin kendilerini sık görülen ama karmaşık olmayan uygulamaları yapma yönünde konumlandıklarını, karmaşık uygulamaları yapmak için ise hemen arkalarında bekleyen ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının varlığının farkında olduklarını göstermektedir. Çalışmamızdaki bulguların gösterdiği bir başka sonuç ise, UÇEP-2014’ün belirlediği seviyelerin sahadaki hekimlerin görüşleri ile büyük oranda uyduğuur.

Çalışmamız, UÇEP-2014’teki uygulamaları ele almaktaydı. UÇEP-2020’de psikiyatri ile ilgili temel hekimlik uygulamalarında değişiklikler yapılmıştır. Bilinç değerlendirmesi ile ruhsal durum muayenesi birbirinden ayrılmış, intihar riskini değerlendirme ve rıza ehliyetini belirleme temel hekimlik uygulamalarından çıkarılmıştır (10). Hukuki ehliyeti belirleme “3: Her hekim sık görülen ancak karmaşık olmayan olgularda müdahale yapabilmeli” seviyesinden “2: Acil bir durumda kılavuzlara/yönergeye uygun biçimde uygulamayı yapabilmeli” seviyesine düşürülmüştür (10). Hukuki ehliyeti ve rıza ehliyetini belirleyebilmenin birbiri ile örtüşen yapıları içermesi, rıza ehliyetinin UÇEP-2020’den çıkarılmasına neden olmuş olabilir. Çalışmamızdaki katılımcıların seçimlerinin bu iki uygulamada benzer oranlara ulaşmış olması, çıkarma kararının isabetli olduğu yönünde yorumlanabilir.

Ülkemizde psikiyatrik hastalıklar, ulusal hastalık yükü nedenleri arasında ikinci sırada yer alması sebebiyle; tıp fakültesinde altı yıla yayılmış şekilde, erken dönemde klinikle temasın olduğu, sonraki yıllarda uygulamaya ağırlık verilen, birinci basamakta karşılaşacakları hasta tipleriyle daha çok temas edecekleri türden programların oluşturulması, birinci basamak hekimlerinin

yeterlilik kazanmaları açısından önemlidir. Bu açıdan değerlendirildiğinde mezuniyet öncesi tıp eğitiminin genellikle 5. ve 6. yıllarında yer alan psikiyatri eğitimlerinde birinci basamak düzeyinde daha çok hasta başı uygulamaya yer verilmesi ve psikiyatri eğitim süresinin uzatılması önerilebilir. Ülkemizdeki hastalık yükü açısından çok daha geri sıralarda yer alan disiplinlerle ilgili eğitimlerin tıp fakültesi eğitim programlarında seçmeli olarak yapılandırılması, psikiyatri eğitimlerinde sürenin uzatılabilmesine ve böylelikle daha çok hasta başı uygulama yapılmasına imkân sağlayacaktır.

UÇEP-2014’te öğrenim düzeylerini tanımlayan ifadelerde “karmaşık, karmaşık olmayan” gibi göreceli kavramlar yer almaktadır. Dolayısıyla hekimlerin de araştırmadaki soruları kendi zihinlerinde yarattıkları “karmaşıklık” sınıflamasına göre cevaplamış olması araştırmanın sınırlılığıdır. Ancak UÇEP-2014 standart öğrenim düzeyi bu şekilde olduğu için müdahale edilememiştir. Bir başka sınırlılık, katılımcıların yeterlilik düzeylerini öz değerlendirme gibi geçerliliği düşük bir yöntemle belirlemiş olmasıdır. Gelecekte bu hekimlik uygulamalarıyla ilgili olarak yapılacak çalışmaların, hekimlerin gerçek meslekî yaşamlarında gözlenerek gerçekleştirilmesi daha güvenilir sonuçlar verebilir.

SONUÇ

Toplum sağlığı açısından önemli konulardan biri olan psikiyatrik durumlar açısından birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan hekimlerin, psikiyatri ile ilgili temel hekimlik uygulamalarına yönelik öz yeterlilik algıları düşüktür. Bir tıp fakültesi öğrencisinin mezun olduğunda kazanmış olması gereken seviye hakkında hekimlerin düşüncesi, UÇEP-2014 ile benzerlik göstermektedir. Birçok hekimlik uygulamasında öz yetersizlik algısı, meslekte tecrübesi daha fazla olan hekimlerde yeni mezun (ilk beş yıl) olanlara göre daha yüksek orandadır. Meslek hayatlarının ilk beş yılında olan hekimlerin kendilerini daha yüksek becerikazanmış olma yeterliliğinde görmeleri önemli bir bulgudur. Bu bulgu mezuniyet sonrasında süreç içinde beceri artırma yönünde eğitimler yapılması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Çalışmadaki bulgular tıp

fakültesinde psikiyatri eğitiminde beceriye yönelik eğitimin geliştirmesi gerekliliğine işaret etmektedir. Örneğin bilişsel işlevlerin klinik olarak değerlendirildiği mental durum muayenesi becerisinin, kendine zarar verme ve intihar eğilimi olan olgularla görüşme becerisinin geliştirilmesi önemlidir. Tıp fakültesi eğitim programlarında psikiyatri programlarının gözden geçirilmesi ve bu

dokuz uygulamanın yıllara yayılmış bir şekilde programa yerleştirilmesi uygun olacaktır.

Yazışma Adresi: Doç. Dr. Özlem Coşkun, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi ve Bilişimi Ana Bilim Dalı, Ankara, Türkiye drozlemcoskun@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/30333,ulusal-ruh-sagligi-eylem-planipdf.pdf?0>. Erişim tarihi: 30 Haziran, 2020.
2. World Health Organization. mhGAP: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. Geneva: World Health Organization. https://www.who.int/mental_health/mhgap_final_english.pdf. Erişim tarihi: 30 Haziran, 2020.
3. Kiliç C, Rezaki M, Üstün TB, Gater RA. Pathways to psychiatric care in Ankara. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1994; 29(3):131-136.
4. Gültekin BK, Söylemez A, Arslantaş H, Dişçigil G, Dereboy F. Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ayakta başvuran hastaların birinci basamak deneyimleri. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2011; 12(1):25-30.
5. Özilce Ö, Uçku R, Akdede BB. Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ayakta başvuranların birinci basamak kullanım durumları ve etkileyen etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2017; 31(2):63-9.
6. Ünverdi EH. Ruh Sağlığı Hizmetlerine Ulaşım Yolları, Psikiyatri Hastalarının Aile Hekimliği Uygulamasını Kullanımı ve Aile Hekimi Algısı. Hacettepe Üniversitesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi. 2019.
7. Urgan U, Çağlayan Ç. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastaların Ruhsal Hastalıklar İçin İlk Başvuru Yerlerinin Ve Birinci Basamağı Tercih Etmeme Nedenlerinin Belirlenmesi. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2016; 4(1):5-10.
8. Budakoğlu İİ, Coşkun Ö, Ergün MA. National undergraduate medical core curriculum in Turkey: evaluation of residents. Balkan Med J 2014; 31(1):23.
9. Gürpınar E, Coşkun HŞ, Şenol Y, Boneval C, Alimoğlu MK, Gültekin M. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Programını Ulusal Çekirdek Eğitim Programına Göre Gözden Geçirme: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Deneyimi. Akdeniz Med J 2015; 1:12-24.
10. Ulusal Çalışma Grupları ULUSAL-ÇEP. Tıp Fakültesi - Ulusal Çekirdek Eğitim Programı-2020. Tıp Eğitimi Dünyası 2020; 19(57-1):1-146.
11. Gülpınar MA, Gürpınar E, Vitrinel A. Evaluation of the undergraduate medical education national core curriculum-2014: National frame of medical education in Turkey. Kuwait Med J 2018; 50(1):43-53.
12. Çıngı Başterzi AD, Tükel R, Uluşahin A, Coşkun B, Alkın T, Demet MM, Konuk N, Taşdelen B. Türkiye'de Mezuniyet Öncesi Psikiyatri Eğitiminin Bugünü. Türk Psikiyatri Derg 2010; 21:195-202.
13. Schulberg HC, Bruce ML, Lee PW, Willams JW, Dietrich AJ. Preventing suicide in primary care patients: the primary care physician's role. Gen Hosp Psychiatry 2004; 26(5):337-345.
14. Çiftçi Atılğan SB, Temizayak F, Çağırın T, Tarı OE, Gürler G, Müderrisoğlu MC, Taşdelen Teker G, Turan S, Sayek İ. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem VI Öğrencilerinin Tıp Fakültesinde Hekimlik Becerileri Eğitimine Yönelik Görüşleri. Tıp Eğitimi Dünyası 2020; 19(57):5-25.
15. Yıldız M, Önder ME, Tural Ü, Balta Hİ, Koçalım N. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Pratisyen Hekimlerin Psikotik Bozukluklar ve Tedavisine Yönelik Tutumları. Türk Psikiyatri Derg 2003; 14(2):106-115.
16. Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, Tamar D, Boratav C, Aker T. Psikiyatri dışı uzman hekimlerin ruhsal bozukluklar konusunda bilgi ve tutumları. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003; 4(76):5-12.
17. Ertek İE, Öztürk HM. Bir eğitim-araştırma hastanesinde istenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi ve psikiyatrik hastalıkların doğru tanıma oranları. Klinik Psikiyatri Dergisi 2019; 22(3).
18. Sertöz ÖÖ, Doğanavşargil GÖ, Noyan MA, Altıntoprak E, Elbi H. Bir Üniversite Hastanesi Konsültasyon Liyezon Servisinde Psikiyatrik Hastalıkların Psikiyatri Dışı Hekimlerce Doğru Tanınma Oranları. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni 2008; 18(4).
19. Young G, Douglass A, Davison L. What do doctors know about assessing decision-making capacity?. NZ Med J 2018; 131(1471):58-71.
20. Vara A, Young G, Douglass A, Sundram H, Henning M, Cheung G. General practitioners and decision-making capacity assessment: the experiences and educational needs of New Zealand general practitioners. Fam Prac. 2020. doi: 10.1093/fampra/cmaa022. [Baskıda].
21. Hermann H, Trachsel M, Mitchell C, Biller-Andorno N. Medical decision-making capacity: knowledge, attitudes, and assessment practices of physicians in Switzerland. Swiss Med Wkly 2014; 144(144):w14039.
22. Davis N, Davis D, Bloch R. Continuing medical education: AMEE education guide No 35. Med Teach 2008; 30(7):652-666.
23. Bilican I, Soygüt G. Türkiye'de eğitim sürecinde olan ve deneyimli psikoterapistlerin mesleki gelişim süreçleri. Türk Psikiyatri Derg 2015;26:249-60.

Depressive symptoms and body mass index among adolescents: A moderated mediation model of parental psychological control and age

Depressive symptoms and body mass index among adolescents: A moderated mediation model of parental psychological control and age

Neşe Nizamettinoğlu¹, Cennet Şafak Öztürk², Yaşar Kuzucu³, Mehmet Şakiroğlu⁴, Çiğdem Dereboy⁵

¹Clin. Psych., Madalyon Psychiatry Center, Ankara, Turkey <https://orcid.org/0000-0003-1589-2956>

²Assist. Prof., Menderes University Faculty of Arts and Sciences Department of Psychology, Aydın, Turkey

<https://orcid.org/0000-0002-8485-039X>

³Assoc. Prof., Aydın Adnan Menderes University Faculty of Education Department of Educational Sciences, Aydın, Turkey

<https://orcid.org/0000-0002-8487-9993>

⁴Assist. Prof., Aydın Adnan Menderes University Faculty of Arts and Sciences Department of Psychology, Aydın, Turkey

<https://orcid.org/0000-0001-8990-621X>

⁵Prof., Aydın Adnan Menderes University Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, Aydın <https://orcid.org/0000-0001-9105-1513>

SUMMARY

Objective: It is known that the presence of depressive symptoms can increase the risk of elevated body mass index. However, less is known about the underlying processes which may mediate or moderate this relationship. The aim of this study was to examine the mediating effect of parental psychological control and the moderating effect of age in regard to the relationship of depressive symptoms and body mass index. **Method:** This study was carried out with 618 high school students (53.7% female), ranging in age from 14 to 17-years-old. The participants were applied Socio-demographic Information Form, Children's Depression Inventory, Parental Psychological Control Scale as well as Body Mass Index. **Results:** It was found through mediation analysis that the relationship between depressive symptoms and BMI was mediated by parental psychological control. In addition, the predictive effect of depressive symptoms on body mass index and the mediating effect of parental psychological control were moderated by age. More specifically, the direct effect of depressive symptoms and the indirect effect of depressive symptoms over the body mass index through parental psychological control were observed in participants aged 14- years- old, but not in participants older than 14. **Discussion:** The aim of this study is to reveal the role of the psychological control of the parent and the age of the child, which is thought to be important in the relationship between depressive symptoms and body mass index. The findings support the importance of parenting programs that can positively affect both physical and mental health.

Key Words: Depressive symptoms, body mass index, parental psychological control, age, adolescents

(*Turkish J Clinical Psychiatry* 2021;24:167-180)

DOI:10.5505/kpd.2020.46548

ÖZET

Amaç: Depresif belirtilerde görülen artışın vücut kitle indeksi riskini artırabileceği bilinmektedir. Bununla birlikte, bu ilişkiye aracılık edebilecek ve düzenleyecek altta yatan süreçler hakkında az şey bilinmektedir. Bu çalışmanın amacı, depresif belirtiler ile vücut kitle indeksi arasındaki ilişkide ebeveyn psikolojik kontrolünün aracı etkisini ve yaşı düzenleyici etkisini incelemektir. **Yöntem:** Bu çalışma 14 ila 17 yaş arasında değişen 618 lise öğrencisi (% 53,7 kadın) ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara Sosyo-demografik Bilgi Formu, Çocuk Depresyon Envanteri, Ebeveyn Psikolojik Kontrol Ölçeği ve Beden Kitle İndeksi uygulandı. **Bulgular:** Arabuluculuk analizi ile depresif belirtiler ve vücut kitle indeksi arasındaki ilişkiye ebeveyn psikolojik kontrolünün aracılık ettiği bulunmuştur. Ayrıca, depresif belirtilerin vücut kitle indeksi üzerindeki yordayıcı etkisi ve ebeveyn psikolojik kontrolünün aracılık etkisi yaşla azalmıştır. Daha spesifik olarak, depresif belirtilerin doğrudan etkisi ve depresif belirtilerin ebeveyn psikolojik kontrolü yoluyla vücut kitle indeksi üzerindeki dolaylı etkisi 14 yaşında görülmekteyken, 14 yaşından büyük katılımcılarda görülmemiştir. **Sonuç:** Bu çalışmanın amacı depresif belirtiler ile vücut kitle indeksi arasındaki ilişkide önemli olduğu düşünülen ebeveynin psikolojik kontrolü ve çocuğun yaşının rolünü ortaya koymaktır. Bulgular hem beden hem de ruh sağlığını olumlu yönde etkileyebilecek ebeveynlik programlarının önemini desteklemektedir.

Anahtar Sözcükler: Depresif belirtiler, vücut kitle indeksi, ebeveyn psikolojik kontrolü, yaş ve ergenler

INTRODUCTION

Adolescence can be a precarious period for the development of obesity due to a variety of biological, psychological, social and environmental factors (1). Also, obesity during childhood and adolescence may lead to an increased risk of being obese and disabled during adulthood (2). In a survey addressing health behavior among school-aged children within Europe and North America; it is reported that in the 11-, 13-, and 15-year old age groups, 17%, 15% and 13% of the girls respectively and 27%, 24% and 22% of the boys respectively are considered overweight or obese (3). According to the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), obesity prevalence in the children and adolescents from the United States is 18.5% in 2015-2016 (4). Likewise, among Turkish youth between 6 and 18 years old, 8.2% were found to be obese/fat (overweight), 14.3%, slightly fat, 14.9% thin and 3.9% very thin (5). It is suggested in data provided by the Turkish Statistical Institute (TURKSTAT) that overweight and obese individuals comprise 14.8% and 3.8% of the adolescent population and 33.7% and 19.9% of the population aged 15 years or older, respectively (6,7). The increased rate of childhood and adolescent obesity might be related not only to a genetic predisposition for obesity, but also a variety of other environmental factors (8). Therefore, it is of great importance to identify which factors in particular are associated with the increased weight gain among adolescences.

Conversely, adolescence represents a developmental phase, marked by an increased vulnerability for the occurrence of depressive symptoms (9,10). In a National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) survey, it is revealed that there is a 12.8% prevalence rate of major depressive episodes among American adolescents (11). A review of Turkish studies reported even higher rates of depression among high school aged students, ranging between 17.5% to 37% (12). Hence, weight and mood disturbances that seem to be linked together should be considered as significant concerns for public health.

It is suggested in findings from previous studies

that increased weight, as defined by a Body Mass Index (BMI) of higher than 25, is associated with depressive symptoms among children and adolescents (13,14,15). Although the relationship between increased weight and depressive symptoms has been widely examined, the nature of this relationship has yet to be clarified. While some scholars suggest that obesity causes depression (16, 17,18,19,20), others suggest otherwise (21,14,15, 22). However, meta-analysis studies have shown that there is a bidirectional association between depression and obesity (23,24,25). Several explanations of the causal mechanisms involved in this relationship have been asserted. One prominent causal model proposes that obesity is a deeply stigmatizing attribute which prompts negative stereotyping and discrimination. Obesity stigma involves actions against people with obesity that can cause exclusion and marginalization, and lead to inequities (26). This may lead to depression and other negative psychological and social consequences (27,28).

A second, alternative causal model recognizes that depression can exert causal effects on obesity. Markowitz et al. claimed that there may be both direct physiological and indirect psychosocial pathways in the relationship between depression and obesity (29). First, it can be a direct pathway through the biological effect of increased stress reactivity with hormonal changes. Second, there may be indirect pathways through mechanisms such as poor adherence, binge eating, negative thoughts, and reduced social support. Depressed individuals may be less likely to adhere to exercise and diet regimens, and may lose the motivation to control impulses to eat overly. (30, 29, 31). All this makes it difficult for the person with depression to care for themselves effectively, leading to weight gain. Because depression is traditionally considered an outcome rather than a causal variable, first model is more intuitive than the alternative model. However, literature approves to the causal effects of depression on an array of chronic illnesses, like hypertension and coronary heart disease (32).

Despite the association between depressive symptoms and increased weight, what is still not clear is how adolescent depression promotes weight gain

(21). Also, the underlying mediating mechanisms (i.e., how depressive symptoms influence BMI) and moderating mechanisms (i.e., when depressive symptoms influence BMI), particularly in adolescents, have not attracted as much research attention. Understanding and managing the mechanisms that link depressive symptoms and increased weight is crucial to the treatment of individuals who suffer from both conditions.

The Mediating Role of Perceived Parental Psychological Control

Parental control means that children's activities and habits are controlled and regulated, their dependence on the family is ensured, and their thoughts and feelings are directed by parents (33). This control is maintained by practices aimed at managing the child psychology and/or behavior. Psychological control is explained as a negative form of control in terms of children's emotional and psychological development. It attempts to intervene without permission in the child's thinking periods, self-expression, and emotions as well as preventing the child's autonomy (33). Barber and Harmon (34) divide this control into two main types; manipulative and constraining parental control. Manipulative parenthood is described as an attempt to shape a child's behavior and provide some level of emotional balance between family and child. Parents utilize three primary strategies in these attempts: guilt induction, love withdrawal, and anxiety inception. Constraining parents, on the other hand, suppress the child's verbal behavior and prevent the child from fully discovering and expressing him/herself (33). Also, parental attempts at psychological control, such as criticizing, accusation, humiliation and exclusion, can create anger among adolescences as well as cause violent behavior or, may instead cause the adolescent to become introverted and develop lack of trust in relationships because of an increased level of anxiety (35). Psychological control is believed to obstruct the development of psychological autonomy in adolescents (36). Thereby, the development of psychological autonomy in adolescence is considered to be very important for one's well-being (37). Accordingly, a violation of the development of psychological autonomy through the use of psychological control might predict the development

of adolescents' depressive symptoms (33).

It is demonstrated through research in this field that parental psychological control perceived by adolescents is related to internalized problems such as depressive symptoms, low ego-strength, and anxiety (38, 39, 40, 41, 42, 43, 44). Although parental psychological control is assumed to escalate depressive symptoms, the relationship between these variables is assumed to be mutual (45). From a developmental systems perspective, the relationships between the adolescent and parents are bidirectional or mutually influential. Namely, adolescents affect parents as much as parents affect adolescents (46). For example, Albrecht et al. found that the internalizing behaviors of adolescents predicted increases in perceptions of parents as psychologically controlling (38).

It is stated that parents can influence the weight of children through parenting styles and practices (47, 48). There is evidence that parental psychological control predicts adolescents' engagement in problematic behaviors (49), such as over and under-eating behaviors (50,51). If the adolescent's development of psychological autonomy is not supported by parents, then excessive eating may become a stress response. From another point of view, psychological control is more likely to undermine the adolescent's ability to self-regulate intake (52,50). So, parental psychological control may cause weight gain through the all of this.

In the literature, there was no research located that investigated the mediating role between the relationship of depressive symptoms and BMI. In this current study, it was hypothesized that depressive symptoms might cause parental psychological control, and parental psychological control, ultimately cause weight gain. Thus, depressive symptoms might indirectly influence BMI among adolescences via the mediating role of parental psychological control.

Many studies of parental psychological control have been based only on adolescents' reports (39, 43,44), although some have used parents' or combined parents' and adolescents' reports (42,53). Developmental perspective leads researcher to pay

attention to the adolescent's interpretation and understanding of parents' psychologically controlling behaviors as an important part of the process that forms ongoing interactions between them as well as adolescents' behavior (38). In the present study, it was specifically focused on parental psychological control perceived by adolescents.

The Moderating Role of Age

Although depressive symptoms may influence parental psychological control and BMI, it is unlikely that all adolescents are equally influenced. Therefore, it is important to examine moderators that may buffer the relationship between depressive symptoms and unfavorable outcomes. The present study examined whether the direct effect of depressive symptoms on BMI and the indirect effect of parental psychological control was moderated by age. BMI and depressive symptomatology in childhood may also predict increased BMI in adulthood (15). Therefore, additional studies are warranted to better clarify the timing of depressive symptoms in relation to BMI. Two theories seem to stand out in regard to the age-specific effects of parental psychological control (54). The first of these is self-determination theory (SDT) which asserts that parental psychological control is equally harmful to the adaptation process of children and adolescents, although the manifestations and results of parental psychological control likely vary according to the child's age (55). Social domain theory provides another way to explain how parental psychological control manifests itself as well as how it affects human development across the life span of an individual (56). According to this theory, there are age-related changes in how parents and children regard adequate parental authority on different points in life. Thus, it is reasonable to assume the moderating role of age in regard to the relationship of depressive symptoms with BMI and with parental psychological control. In other words, to be more precise, if parental psychological control mediates the relationship between depressive symptoms and BMI; and age moderates the relationship between depressive symptoms and parental psychological control simultaneously, then the mediating effect of parental psychological control can possibly be moderated by age. The proposed model for this

study is a moderated mediation model, which involves parental psychological control and age in the relationship between depressive symptoms and BMI.

The Present Study

The present study aimed to examine whether the relationship between depressive symptoms and BMI in adolescences was mediated by parental psychological control and whether the indirect effect of depressive symptoms and the mediating effect of parental psychological control on BMI were moderated by age. The specific hypotheses were examined as follows:

Hypothesis 1. Depressive symptoms are associated with BMI.

Hypothesis 2. Parental psychological control mediates the relationship between depressive symptoms and BMI.

Hypothesis 3. Age moderates the relationship between depressive symptoms and BMI.

Hypothesis 4. Age moderates the mediating effect of parental psychological control in the relationship between depressive symptoms and BMI. The indirect effect will be decreased with age.

Testing mediator and moderator variables in a single model could generate more comprehensive information than examining two separate models (57). The moderated mediation model used in the present study (see Fig. 1) was suitable to elaborate on how and when depressive symptoms influence BMI, but would also tell when of the how depressive symptoms influence BMI.

METHOD

Participants

Appropriate sampling, which is one of the non-random purposeful sampling methods, was used in sample selection. This sampling method is based on

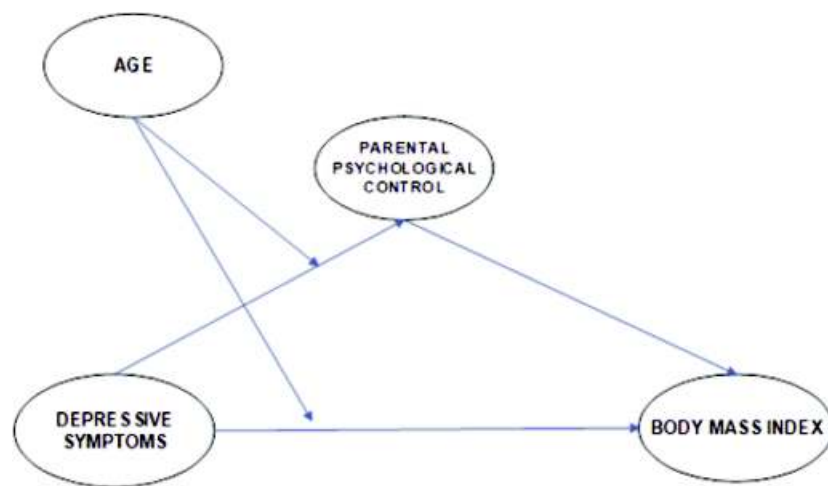


Fig. 1. The hypothesized model concerning the moderated mediation model of age

the participants being easily accessible (58). In this direction, the schools included in the study were determined using an easily accessible sampling method.

All applications were made in a counseling hour coordinated with the guidance service. School psychological counselors supported both in determining the classes and in applications. The participants of this study were 618 students (53.7% female), recruited from the 9th, 10th and 11th grades of several high schools located at Aydın city center. Eight students (1.3%) did not specify their sex. The mean age of the convenience sample was 15.45 ± 0.95 (range= 14-17) years, the mean weight was 57.23 ± 10.87 (range= 35-115) kilograms, and the mean height was 167.56 ± 8.65 (range= 141-192) centimeters. When computed separately for female and male, the mean weight was 53.96 ± 8.91 (range= 35-89) and 61.26 ± 11.66 (range= 35-115) kg, and the mean height was 163.28 ± 6.49 (range= 141-182) and 172.76 ± 8.11 (range= 147-192) cm, respectively. As the participants' BMI scores suggested, 22.7% of the sample were underweight, 65.2% normal weight, and 12.1% overweight or obese.

Measures

Socio-demographic Information Form: This a form with questions related to gender, age, grade, weight, and height status.

Body Mass Index (BMI): In interpreting BMI in

children and adolescents, growth reference levels issued by the World Health Organization (WHO) for 5-19-year-olds have been used (59). Accordingly, adolescents with BMI scores above the 95th percentile for their sex and age were considered obese, those between the 85th and 95th percentile overweight, between the 15th and 85th percentile normal weight, and under 15th percentile thin.

Children's Depression Inventory (CDI): The severity of depressive symptoms in the subjects have been assessed by means of the Turkish version of this self-report instrument consisting of 27 items each rated on a scale ranging from "0" to "2" (60, 61). The CDI was developed to distinguish youth with a psychiatric diagnosis of major depressive or dysthymic disorder from those without (62). The adaptation of CDI to Turkish culture was made by Öy (63). The reliability of the Turkish version of the CDI was reported to be sufficient (Cronbach's $\alpha = .86$).

Parental Psychological Control Scale (PPCS): Developed to assess psychological control that adolescents perceive from their parents, the PPCS consists of 32 items rated on 4-point Likert's scale. The scale was developed in Turkish by combining the items of two original scales related to the subject matter (64). Sixteen items were taken from Psychological Control Scale-Youth Self Report (PCS-YSR) (33) and sixteen items were taken from another scale which included different components of psychological control such as love withdrawal, guilt induction and erratic emotional behaviors

(65). Combined items were designed to tap cultural nuances in the perceived meaning of the behaviors which is consistent with the aim of the study. Explanatory factor analysis revealed two interpretable factors representing the two dimensions of psychological control, namely guilt induction/erratic emotional behaviors and love withdrawal/irrespective. The items with low loadings (less than the cutoff of .33) were excluded, and so, each version of perceived psychological control (mother, father, and mother reported form) was reduced to 25 items. Second order confirmatory factor analyses were confirmed the two-factorial model. These two sub-scale scores are highly reliable as implied by Cronbach's alpha coefficients of .87 and .86, respectively. In the present study, the participants' ratings on the PPCS considering their mothers were included in the analyses. In this study, two-factor model of the perceived maternal control scale had acceptable fit values [χ^2 (54, N=625) = 154.75, $\chi^2/df=2.8$, GFI=.92, AGFI=.90, CFI=.90, RMSEA=.08]

Procedure

Following the approval taken from the Non-invasive Clinical Trials Ethics Committee of the Faculty of Medicine at Adnan Menderes University, permission was obtained from the Aydın Provincial Directorate of National Education to collect data in schools. The data was collected from volunteering high school students during group sessions organized by the counseling teachers at each school. At the beginning of each session covering about one lecture-hour, the participating students were informed on the objectives of the study, rating the self-report instruments, and the importance of response sincerity. Each student provided data on his/her height and weight if s/he was sure, or was measured by the principal investigator during the session.

Statistical Analysis

In the present study, before testing proposed models, descriptive statistics and correlation analysis were reported. After the preliminary analysis, mediation and moderation analyses were utilized. The analysis of the moderated mediation model

was examined using Hayes's (66) PROCESS macro (Model 8). SPSS macro PROCESS has been developed to assess complex models including both mediator and moderator variables. This program is capable of analyzing the mediating effect, moderating effect and moderated mediation effect (66). PROCESS also allows conditional indirect effects to be estimated with bootstrapping methods and the significance of conditional indirect effects to be examined at different levels of the moderation variable (66). Bootstrapping resampling method produces stronger predictions than other mediation analyses (67) as it generates a larger sample number from the dataset and applies them to gain standard error estimates. For the present study, 50,000 bootstrap samples were used. The interval confidence of these standard errors is considered when testing the significance of indirect effects. These standard errors were used to calculate the 95% confidence interval (CI) for each indirect effect. Significant mediation is indicated when the upper and the lower limits of the 95% CI do not include zero.

In the present study, moderated mediation allowed the examination of whether the conditional indirect effects were significantly different for adolescents of different age groups. The index of moderated mediation is an inferential test to evaluate whether the extent of moderated mediation is statistically different from zero.

RESULTS

Preliminary Analyses

The distribution of the variables was examined using skewness and kurtosis values. All values were less than 1.5, ranging from .76 to .95 for skewness and from .54 to 1.41 for kurtosis, indicating that there was no problem with normal distribution for any variable and all variables were normally distributed in the sample. In addition to the skewness and kurtosis analyses, the Kolmogorov-Smirnov test was used and the results ($p>.05$) supported the normality. To check multivariate normality, Mahalanobis distance was examined. Findings provided (10.48) the multivariate normality hypothesis for all scales.

Table 1. Descriptive statistics and correlation among study variables

	<i>MD</i>	<i>SD</i>	1	2	3	4
1. Age	15.45	0.95	-			
2. BMI	20.30	3.05	0.06	-		
3. DS	12.91	7.89	0.09*	0.08*	-	
4. PPC	59.19	16.29	0.11**	0.14**	0.40**	-

Note. *N*=618. BMI: Body Mass Index, DS: Depressive Symptoms, PPC: Parental Psychological Control. **p*< 0.05, ** *p*< 0.01

Table 1 displays the means, standard deviations and bivariate correlations between age, depressive symptoms, BMI and parental psychological control. Parental psychological control was positively correlated with depressive symptoms ($r=.40$, $p < .01$), and BMI ($r=.14$, $p<.01$). Correlations observed between the BMI and parental psychological control, and between BMI and depressive symptoms were rather low.

Testing the Proposed Model

The mediation analysis was conducted to determine whether parental psychological control mediated the relationship between depressive symptoms and BMI. The mediation model estimates indicated the direct effect of depressive symptoms on parental psychological control (a-path), the direct effect of parental psychological control on BMI (b-path), the direct effect of depressive symptoms on BMI (c-path), and the indirect effect of depressive symptoms on BMI through parental psychological control (c'-path). All continuous variables were standardized to allow for comparability of coefficients across the predictor variables. The total

scores were converted to standard scores in order to use the latent features measured indirectly with different measurement tools on the model proposed by the researchers and to compare the results obtained. In this way, the results obtained from different scales were equalized to the same scale level and it was aimed to perform all mathematical operations on the scores obtained from the scales and to obtain more consistent measurement results. Results showed that depressive symptoms predicted parental psychological control ($\beta = 1.04$, $p<.05$), parental psychological control predicted BMI ($\beta=.11$ $p< .05$) and depressive symptoms predicted BMI ($\beta=1.38$, $p<.01$). The significant direct relationship between depressive symptoms became insignificant ($\beta=.03$, $p>.46$) when the effect of parental psychological control was controlled. These results indicated parental psychological control fully mediated the relationship between depressive symptoms and BMI. The interaction of depressive symptoms and age had a significant effect on BMI ($\beta = -.09$, $p<.05$) and these results indicated the relationship between depressive symptoms and BMI was moderated by age (see Fig. 2).

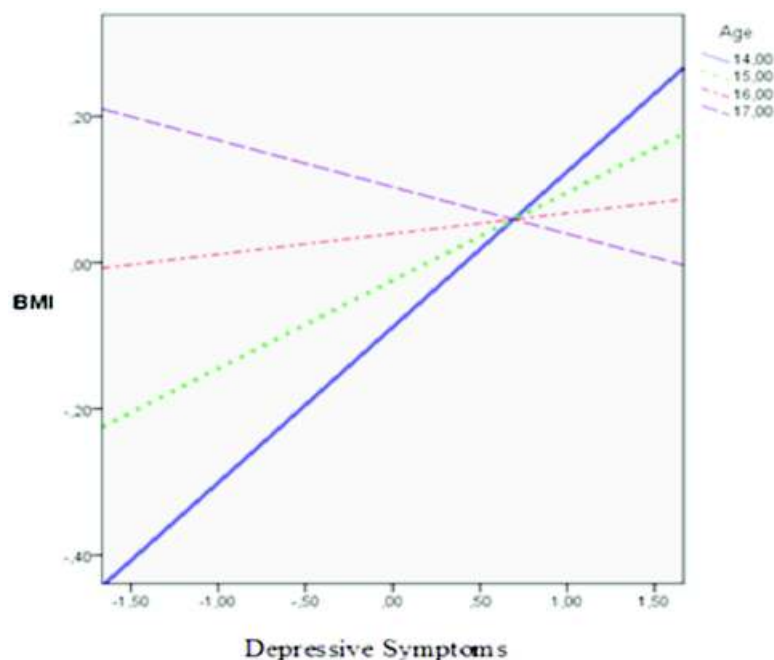


Fig. 2. Age as a moderator in the relationship between depressive symptoms and BMI

Table 2. Conditional process analysis

Mediator variable model (PPC)		SE	t	p
Constant	-1.19	.58	-2.05	<.05
Depressive Symptoms	1.04	.61	1.70	<.05
Age	.07	.03	2.06	<.05
Depressive Symptoms * Age	-.04	.03	-1.06	.28
Dependent variable model (BMI)				
Constant	-.84	.63	-1.33	.18
PPC	.11	.04	2.74	<.01
Depressive Symptoms	1.38	.66	2.08	<.05
Age	.05	.04	1.34	.17
Depressive Symptoms * Age	-.09	.04	-2.04	<.05
Conditional direct effect analysis at IA		Boot SE	Boot LLCI	Boot ULCI
Age 14	.15*	.07	.08	.30
Age 15	.07	.04	-.02	.16
Age 16	-.01	.04	-.11	.07
Age 17	-.10	.07	-.25	.04
Conditional indirect effect analysis at IA		Boot SE	Boot LLCI	Boot ULCI
Age 14	.08*	.02	.02	.13
Age 15	.04	-.01	.02	.09
Age 16	.04	-.01	.02	.08
Age 17	.03	-.01	.02	.08

Note. N=618, *p< 0.05, ** p< 0.01

Unstandardized regression coefficients were reported. Bootstrap sample size = 50,000. LL = low limit, CI= confidence interval, UL= upper limit. BMI: Body Mass Index, PPC: Parental Psychological Control.

Results of the conditional direct effect analysis and conditional indirect effect analysis indicated that, only one conditional direct effect (based on the moderator value at age 14) and one conditional indirect effect (based on the moderator values at age 14) were positively and significantly different from zero. More specifically, the direct effect of depressive symptoms on BMI and the indirect effect of depressive symptoms on BMI through parental psychological control were observed when age was moderate to low (age 14), but not when age was higher than 14. The moderated mediation examination showed that when adolescents were aged 14, they were more likely to consider parental psychological control and thus demonstrate a problematic BMI. This relationship was significant at age 14 ($B = .053$, $SE = .023$, $LCI = .01$, $UCI = .10$) but not significant at ages 15, 16 and 17 respectively, suggesting that age triggers this reaction between depressive symptoms and BMI.

To facilitate the interpretation of this interaction effect, Figure 2 shows BMI values as a function of depressive symptoms and age.

A simple slope test showed that in 14-year-old adolescents, there was a significant, positive relationship between depressive symptoms and BMI. However, in adolescents aged 15, 16 and 17; this relationship became weaker. For fourteen-year-old

adolescents, depressive symptoms have been more clearly associated with BMI.

Some alternative models were examined to eliminate the possibility that the fit of the main model was only due to a statistical coincidence and thus to determine the statistical advantage of the main model against the alternatives. The first alternative model tested whether the relations of BMI and depressive symptoms were mediated by parent psychological control. In this model, age also moderates the mediating effect of parental psychological control in the relationship between BMI and depressive symptoms. The moderated mediation examination showed that, the interaction of BMI and age had not a significant effect on depressive symptoms ($\beta = .09$, $p = .10$). The second alternative model tested whether the relation of parent psychological control and BMI were mediated by depressive symptoms. In this model, age was again moderator variable in the relationship between BMI and depressive symptoms. The results of the moderated mediation analysis indicated that the interaction of parent psychological control and age had insignificant effect on BMI ($\beta = .067$, $p = .08$).

This study has also investigated sex as a possible moderator that influences the association between depressive symptoms and BMI. The finding from this study indicated that there was no sex discre-

pancy. In detail, the moderation analysis showed a non-significant effect ($\beta = .03$, $p < .68$). The moderated mediation examination also showed that the interaction of depressive symptoms and sex had not a significant effect on BMI ($\beta = .04$, $p < .55$).

DISCUSSION

In this present study, a moderated mediation model was constructed in order to analyze the mechanism underlying the association of depressive symptoms and BMI. The results demonstrated the mediating effect of parental psychological control and the moderating effect of age in the relationship of depressive symptoms and BMI among adolescents.

The relationship between depression and obesity is widely examined in the literature (16,17,68,19,15). Nemiary et al. state that with respect to the association of depression and obesity, it might be more practical to examine the specific interactions between these two variables (69). In their model, the emphasis is on the mediator role of variables such as peer bullying and weight-based teasing. In this current study, as suggested in the hypothesis 1, a positive relationship was observed between depressive symptoms and BMI.

Depression is thought to affect eating habits and activity levels which lead to fluctuations in BMI (15). It is stated that people with depression may be less likely to adhere to exercise and diet regimens, and may lose the motivation to control impulses to eat overly. They may also experience low self-efficacy to keep their weight under control (30,29,31). Namely, it may be more difficult for a person experiencing depressive symptoms to engage in the meal planning and exercise recommendations. An experimental study has confirmed that negative mood can promote overeating (70). Therefore, these people may be more likely to gain weight in depression. Eventual loss of motivation causes a reduction in physical activity and thus paves the way for an increased BMI, which may lead to a vicious cycle of weight gain, loss of motivation, a reduction in activity, and so on. In this study, the possible mediator role of parental psychological control between depressive symptoms and BMI

was investigated. Following the gathering and analysis of the research data, the findings of this study lead to support of the stated research hypothesis 2. Extant research already demonstrates that parental psychological control perceived by adolescents is related to depressive symptoms (33,39,40,43,44, 71). Yet, within the relevant literature no prior study has been encountered that examined the association of parental psychological control with BMI and its mediator role in the relationship between depressive symptoms and BMI. Though, in this current study a positive correlation was found between depressive symptoms and parental psychological control. It has been suggested previously that psychological control harms the parent-child relationships by impairing feelings of being connected or related which are among the basic needs of adolescents. Parents who carry out psychological control may believe that they are protecting their authority and their dominant positions within the parent/child relationship, but by carrying out a position of psychological control, the parents may inadvertently be disregarding adolescents' psychological needs as well as imposing their wishes onto their children (34).

The relationship between parental psychological control and depressive symptoms are thought to be reciprocal (45). Adolescents with escalated depressive symptoms tend to gradually perceive their parents as interventionists/controllers. People with depression may engage in a clinging and excessively reassurance-seeking interpersonal approach. Parents can react to such behavior by accusing the adolescent and/or by arousing guilt within them, which might be perceived by adolescents as controlling, and as a result, may produce a vicious cycle is within the parent/child relationship.

Specifically, adolescents with depressive symptoms may be more sensitive to particular aspects of psychological control, which involve criticism and rejection, making them more likely to internalize such negative parenting behaviors. The internalization of criticism and rejection in turn may lead to adolescents feeling insecure about the stability of their relationship with their parents. These adolescents may be more likely to interpret psychologically controlling parents as direct threats to the security of the parent-adolescent relationship, placing

them at a greater risk for the problem behaviors associated with psychological control. Through psychological control the child is not allowed to develop individual feelings of competence (33,72). On the other hand, adolescents with fewer depressive symptoms may be less sensitive to parental rejection and criticism, making them less likely to focus on or internalize such negative parenting behaviors. These adolescents may be less likely to interpret psychologically controlling parents as direct threats to the security of the parent-adolescent relationship (49).

Thus, it is possible that adolescents with depressive symptoms may be more likely to engage in overeating behaviors when faced with parental psychological control. Parents using a manipulative or constraining parenting style may ultimately influence adolescents' eating behavior. Specifically, they react to such parental conflict and pressure by overeating. In the adolescents who feel themselves as under pressure and deterred, overeating habit can be a symbolic behavior. In situations in which we cannot control what is happening at our surrounding, it can be thought that we become keener of eating behavior, which largely seems under our initiative.

The findings were consistent with the proposed association between psychological control and internalized problems, such as eating disorder. Parental psychological control has been found to uniquely predict eating disorders (73) in adolescents. A study that examines both perceived parental psychological control and perfectionism in relation to eating disorder symptomatology reveals that, paternal rather than maternal perceived psychological control was significantly related to the severity and diagnosis of the disorder (51).

The findings from this study indicated that perceived parental psychological control might be an important risk factor in terms of the development and maintenance of obesity, such that depressive symptoms may increase parental psychological control, and increased parental psychological control may lead to an increase in BMI.

Hypothesis 3 was supported, age moderated the

relationship between depressive symptoms and BMI; consistent with this, hypothesis 4, age moderated the mediating effect of parental psychological control in the relationship between depressive symptoms and BMI. The effects of depressive symptoms that were exerted on BMI via parental psychological control were moderated by age groups. The direct and indirect effects of depressive symptoms on BMI through parental psychological control were observed exclusively when the participants' age was within the moderate to low category (14- years- old). Apparently, early adolescents aged 14 were more likely to consider parental psychological control effective, and as a result, experience increases in their BMI. Various explanations might be provided for the moderating effect of age in regards to the relationship of depressive symptoms with parental psychological control as well as with BMI. First, SDT identifies three universal psychological needs that must be satisfied for effective functioning and psychological health; namely autonomy, competence, and relatedness (74). Soenens and Vansteenkiste (54) asserted that parental psychological control can have a direct influence on all three needs which is why parental psychological control is related to a lack of well-being among affected adolescents. In particular, through their intrusive behaviors, psychologically controlling parents can force children to comply with the parents' own personal standards and needs, regardless of the children's needs and values. As a result, psychological control can thwart experiences of autonomy among children and adolescents (75). Adolescence is characterized by normative increases in separation and independence from the parenting and/or authority figures (76). According to this information, psychological control has been defined by various researchers as a parental strategy hinders adolescents' independent functioning and instead fosters dependency. Thus, a parent's psychological control can cause depressive symptoms in the adolescent by preventing child's need for autonomy from the parent and vice versa (45). In Turkey, around the age of 14, adolescents begin to transfer from junior high school into high school. Therefore, parental psychological control perceived by the adolescent, whose needs of autonomy are increasing during this period, can give rise to fluctuations in his/her BMI, thus leading to depressive symptoms.

Secondly, according to SDT, younger children and parents are inclined to agree upon the acceptability and extent of parental intervention into several areas of their lives, while the two parties in many cases tend to develop inconsistent views regarding these matters as the child matures. Parents and children eventually come to believe that interventions in the personal domain are unjustified, yet they might disagree upon what is considered as personal. Such disputes may be a source of psychological interactions regarding to control between parents and children (56). Thus, mother of a 14-year-old adolescent may regard her child's eating behavior as a personal issue while the adolescent may think otherwise. Therefore, the conflict between the two parties over the mother's psychological control may intensify during this age period. This conflict may exacerbate fluctuations in BMI as well as the depressive symptoms of these adolescents. Because the sample did not include the participants under age of 14, it is not possible to elaborate on whether this effect can be more pronounced among adolescents younger than this age. Hence, in the future, further studies conducted with samples representing younger ages are necessary. Based on the data suggesting that the mothers' interference unlikely exerts adverse effects on eating behavior of their children older than 14- years- old, prevention and intervention programs targeting adolescent obesity need to be implemented at an earlier age.

Thirdly, it can be argued that the relationship between manipulative and constraining parental behavior and depressive symptomatology are likely to decrease as adolescents mature and the influence of non-parental adults (e.g. teachers and mentors), peers and romantic partners becomes increasingly more important (77). Thus, the effect of perceived parental psychological control loses its power on the adolescents aged 15 years or older that might rather be more prone to be affected by comments by their peers and/or mentors. Results indicated the relationship between depressive symptoms and BMI was not moderated by sex. This finding is compatible with the literature. While some studies show a significant association between depression and obesity in females, but not in males (78), other studies have not found gender differences (79,80,81)

This present study had several limitations, for example, because of its cross-sectional nature, the data obtained from was not conducive to investigate the presence of a causal relationship between depressive symptoms and BMI. Cross sectional studies have shown that there is a bi-directional association between depression and obesity. Using advanced statistical analyses (e.g. random intercept cross lagged panel model) time series data can provide more reliable result about the direction of the variables. An important limitation was the use of adolescent-reported data for all measures. Future studies can include multi-informant data from teachers and/or parents which might provide more objective and credible measures than self-reported data from the student participants. The fact that the information on the subjects' height and weight were collected basically through self-reporting was another limitation. Additionally, depressive feeling can change in short term. Thus, more depression assessment over time is a better way to examine the association between depression and other variables. Overweight and obese subjects were grouped together (BMI 85% and above). As this group was composed mostly of overweight adolescents, this could also be a source of potential bias. It is recommended that future longitudinal or experimental studies should be conducted with separate samples of overweight and obese adolescents so that the results will be more representative. Further studies are necessary in regards to comparing participants from divergent categories of the normal, under and overweight. Furthermore, taking the sample from a single city and not being controlled socio-demographically are also an important limitation.

In this present study, an attempt was made to examine the mediating role of parental psychological control and moderating role of age in the association between depressive symptoms and BMI in adolescents. It was indicated in the results that depressive symptoms and parental psychological control were vulnerability factors for BMI, and both warrant greater attention by researchers. Because an adequate amount of behavioral control can be of use during developmental processes of adolescents (82,42), it is crucial to educate parents that psychological control is considered to be a universally negative parenting strategy, and as a result, help parents identify, avoid and ultimately elimi-

nate the use of these ineffective and detrimental parenting behavior. Given that the perceived parental psychological control seemed to have increased the risk for the development of obesity in the face of depression within 14-year-olds but not in older adolescents, parenting programs should primarily target the parents of early adolescents rather than the parents of middle and/or late adolescents. As to the treatment model formulated for the weight control strategies in obese adolescents, the treatment directed toward depressive symptomatology should be complemented with interventions directed toward correcting parental psychological control. It is vital for the families to be aware of the psychological dimensions of obesity, to behave more sensibly and to seek out mental health professionals if needed. In conclusion, it was implied in the findings of this study that the efficiency of the school-based prevention and intervention programs for obesity can be considerably

enhanced through add-on psychotherapeutic techniques aimed at improving adolescents' skills for more effectively coping with parental psychological control.

Compliance with Ethical Standards

Conflict of Interest The authors declare that they have no conflict of interest.

Informed Consent Informed consent was obtained from all individual participants included in the study.

Correspondence address: Assoc. Prof. Dr. Yaşar Kuzucu, Aydın Adnan Menderes University Faculty of Education Department of Educational Sciences, Aydın , Turkey yasarku@yahoo.com

REFERENCES

1. Dietz WH. Critical periods in childhood for the development of obesity. *Am J Clin Nutr* 1994; 59: 955-959.
2. Must A, Strauss RS. Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. *Int J Obes* 1999; 23 (Suppl 2): S2-S11.
3. Inchley J, Currie D, Jewell J, Breda J, Barnekow V. (Eds.). *Adolescent Obesity and Related Behaviours: Trends and Inequalities in the WHO European Region, 2002-2014: Observations From the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) WHO Collaborative Cross-National Study*. Denmark, WHO Regional Office for Europe, 2017.
4. Hales CM, Carroll MD, Fryar CD, Ogden CL. Prevalence of Obesity Among Adults and Youth: United States, 2015-2016. *NCHS Data Brief*, No. 288, Hyattsville, MD, National Center for Health Statistics, 2017.
5. Republic of Turkey, Ministry of Health. *Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu* (Sağlık Bakanlığı Yayın No. 931 [Turkey Nutrition and Health Survey 2010: Nutritional Status and Habits Evaluation Outcome Report (Ministry of Health Publication No. 931)]. Retrieved from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/diger-kitaplar/TBSA-Beslenme-Yayini.pdf>, 2014.
6. Turkish Statistical Institute. *İstatistiklerle Gençlik*, 2012. *Haber Bülteni* (Sayı: 13509) [Youth in Statistics, 2012. Press Release (No: 13509)]. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13509/>, 2013. Accessed Date: 27 June 2016.
7. Turkish Statistical Institute. *Türkiye Sağlık Araştırması*, 2014. *Haber Bülteni* (Sayı: 18854) [Turkey Health Survey, 2014. Press Release (No: 18854)]. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18854/>, 2015. Accessed Date: 29 June 2016.
8. Ministry of Health, Public Health Institution of Turkey. *Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı* (2013-2017) (Sağlık Bakanlığı Yayın No. 773) [Turkey Healthy Eating and Active Life Program (2013-2017) (Ministry of Health Publication No.773)]. Retrieved from: <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/8861,turkiye-saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-programipdf.pdf?0>, 2013.
9. Ge X, Lorenz FO, Conger RD, Elder GH, Simons RL. Trajectories of stressful life events and depressive symptoms during adolescence. *Dev Psychol* 1994; 30: 467-483.
10. Kerig PK, Ludlow A, Wenar C. *Developmental Psychopathology from Infancy Through Adolescence*. Sixth Edition, London, Mc Graw Hill, 2012.
11. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health* (HHS Publication No. SMA 17-5044, NSDUH Series H-52). Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Retrieved from: <https://www.samhsa.gov/data/>, 2017.
12. Binbay T, Direk N, Aker T, Akvardar Y, Alptekin K, Cimilli C, Cam B, Deveci A, Kadri Gültekin B, Sar V, Taycan O, Ulaş H. Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji: Yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler [Psychiatric epidemiology in Turkey: Main advances in recent studies and future directions]. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2014; 25: 264-81.
13. Franko DL, Striegel-Moore RH, Thompson D, Schreiber GB, Daniels SR. Does adolescent depression predict obesity in black and white young adult women? *Psychol Med* 2005; 35: 1505-1513.
14. Goodman E, Whitaker RC. A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity. *Pediatrics* 2002; 110: 497-504.
15. Pine DS, Goldstein RB, Wolk S, Weissman MM. The association between childhood depression and adulthood body mass index. *Pediatrics* 2001; 107: 1049-1056.
16. Arslan E, Karaman D, Yavaşoğlu I, Algül A, Erdem M.

- Genç erkek olgularda obezite ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi [A study on correlation between obesity and depression in young male population]. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2009; 19(Suppl.1): S196-S197.
17. Boutelle KN, Hannan P, Fulkerson JA, Crow SJ, Stice E. Obesity as a prospective predictor of depression in adolescent females. *Health Psychol* 2010; 29: 293-298.
18. Chen Y, Jiang Y, Mao Y. Association between obesity and depression in Canadians. *J Womens Health* 2009; 18: 1687-1692.
19. Eremis S, Cetin N, Tamar M, Bukusoglu N, Akdeniz F, Goksen D. Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents? *Pediatr Int* 2004; 46: 296-301.
20. Ting WH, Huang CY, Tu YK, Chien KL. Association between weight status and depressive symptoms in adolescents: role of weight perception, weight concern, and dietary restraint. *Eur J Pediatr* 2012; 171: 1247-1255.
21. Blaine B. Does depression cause obesity? A meta-analysis of longitudinal studies of depression and weight control. *J Health Psychol* 2008; 13: 1190-1197.
22. Rofey DL, Kolko RP, Iosif AM, Silk JS, Bost JE, Feng, W, Szigethy EM, Noll RB, Ryan ND, Dahl, RE. A longitudinal study of childhood depression and anxiety in relation to weight gain. *Child Psychiatry Hum Dev* 2009; 40: 517-526.
23. 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: 220-9.
24. Mannan M, Mamun A, Doi S, Clavarino, A. Prospective associations between depression and obesity for adolescent males and females- A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *PloS One* 2016; 11: e0157240.
25. Rooke SE, Thorsteinsson EB. Examining the temporal relationship between depression and obesity: Meta-analyses of prospective research. *Health Psychol Rev* 2008; 2: 94-109.
26. Puhl RM. Weight stigmatization toward youth: a significant problem in need of societal solutions. *Child Obes* 2011; 7: 359-363.
27. Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D, Story M. Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003; 157: 733-738.
28. Puhl RM, Brownell KD. Confronting and coping with weight stigma: An investigation of overweight and obese adults. *Obesity* 2006; 14: 1802-1815.
29. Markowitz S, Friedman MA, Arent SM. Understanding the relation between obesity and depression: Causal mechanisms and implications for treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2008; 15: 1-20.
30. Agras WS, Telch CF. The effects of caloric deprivation and negative affect on binge eating in obese binge-eating disordered women. *Behav Ther* 1998; 29: 491-503.
31. Somerset SM, Graham L, Markwell K. Depression scores predict adherence in a dietary weight loss intervention trial. *Clin Nutr* 2011; 30: 593-598.
32. Schulz R, Beach SR, Ives DG, Martire LM, Ariyo AA, Kop WJ. Association between depression and mortality in older adults: The Cardiovascular Health Study. *Arch Intern Med* 2000; 160: 1761-1768.
33. Barber BK. Parental psychological control: revisiting a neglected construct. *Child Dev* 1996; 67: 3296-3319.
34. Barber BK, Harmon EL. Violating the Self: Parental Psychological Control of Children and Adolescents. In *Intrusive Parenting: How Psychological Control Affects Children and Adolescents*. Edited by Barber BK. Washington, DC, American Psychological Association, 2002.
35. Kerr M, Stattin H. What parents know, how they know it, and several forms of adolescent adjustment: Further support for a reinterpretation of monitoring? *Dev Psychol* 2000; 36: 366-380.
36. Barber BK, Olsen JE, Shagle SC. Associations between parental psychological and behavioral control and youth internalized and externalized behaviors. *Child Dev* 1994; 65: 1120-1136.
37. Deci EL, Ryan RM. The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychol Inq* 2000; 11: 227-268.
38. Albrecht AK, Galambos NL, Jansson SM. Adolescents' internalizing and aggressive behaviors and perceptions of parents' psychological control: A panel study examining direction of effects. *J Youth Adolesc* 2007; 36: 673-684.
39. Bullock A, Liu J, Cheah CSL, Coplan RJ, Chen X, Li D. The role of adolescents' perceived parental psychological control in the links between shyness and socio-emotional adjustment among youth. *J Adolesc* 2018; 68: 117-126.
40. Ha JH, Jue J. The mediating effect of emotion inhibition and emotion regulation between adolescents' perceived parental psychological control and depression. *Sage Open* 2018; 8: 1-11.
41. Özdemir Y. Parental behavioral and psychological control: Relationships to self-esteem, life satisfaction, depression, and antisocial behaviors. *International Journal of Human Sciences [Online]* 2012; 9: 1581-1590.
42. Pettit GS, Laird RD, Dodge KA, Bates JE, Criss MM. Antecedents and behavior-problem outcomes of parental monitoring and psychological control in early adolescence. *Child Dev* 2001; 72: 583-598.
43. Rogers AA, Padilla-Walker LM, McLean RD, Hurst JL. Trajectories of perceived parental psychological control across adolescence and implications for the development of depressive and anxiety symptoms. *J Youth Adolesc* 2020; 49: 136-149.
44. Van Assche E, Moons T, Van Leeuwen K, Colpin H, Verschueren K, Van Den Noortgate W, Goossens L, Claes S. Depressive symptoms in adolescence: The role of perceived parental support, psychological control, and proactive control in interaction with 5-HTTLPR. *Eur Psychiatry* 2016; 35: 55-63.
45. Soenens B, Luyckx K, Vansteenkiste M, Duriez B, Goossens L. Clarifying the link between parental psychological control and adolescents' depressive symptoms: reciprocal versus unidirectional models. *Merrill Palmer Q* 2008; 54: 411-444.
46. Lerner RM. Diversity in individual context relations as the basis for positive development across the life span: A developmental systems perspective for theory, research, and application. *Res Hum Dev* 2004; 1: 327-346.
47. Rhee K. Childhood overweight and the relationship between parent behaviors, parenting style, and family functioning. *Ann Am Acad Pol Soc Sci* 2008; 615: 12-37.
48. Taylor A, Wilson C, Slater A, Mohr P. Parent- and child-reported parenting. Associations with child weight-related outcomes. *Appetite* 2011; 57: 700-706.

49. Romm KF, Metzger A. Parental psychological control and adolescent problem behaviors: The role of depressive symptoms. *J Child Fam Stud* 2018; 27: 2206-2216.
50. Snoek HM, Engels RCME, Janssens JMAM, van Strien T. Parental behavior and adolescents' emotional eating. *Appetite* 2007; 49: 223-230.
51. Soenens B, Vansteenkiste M, Vandereycken W, Luyten P, Sierens E, Goossens L. Perceived parental psychological control and eating-disordered symptoms: maladaptive perfectionism as a possible intervening variable. *J Nerv Ment Dis* 2008; 196: 144-52.
52. Birch LL, Fisher JO. Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics* 1998; 101: 539-549.
53. Soenens B, Vansteenkiste M, Luyten P. Toward a domain-specific approach to the study of parental psychological control: distinguishing between dependency-oriented and achievement-oriented psychological control. *J Pers* 2010; 78: 217-256.
54. Soenens B, Vansteenkiste M. A theoretical upgrade of the concept of parental psychological control: Proposing new insights on the basis of self-determination theory. *Dev Rev* 2010; 30: 74-99.
55. Pomerantz EM, Eaton MM. Developmental differences in children's conceptions of parental control: "They love me, but they make me feel incompetent". *Merrill Palmer Q* 2000; 46: 140-167.
56. Smetana JG, Daddis C. Domain-specific antecedents of parental psychological control and monitoring: the role of parenting beliefs and practices. *Child Dev* 2002; 73: 563-580.
57. Fairchild AJ, MacKinnon DP. A general model for testing mediation and moderation effects. *Prev Sci* 2009; 10: 87-99.
58. Fraenkel JR, Wallen NE, Hyun HH. *How to Design and Evaluate Research in Education* (8th ed.). New York, McGraw-Hill Companies, 2012.
59. World Health Organization. Growth Reference Data for 5-19 Years. http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/, 2007. Accessed Date: 04 September 2018.
60. Kovacs M. Rating scale to assess depression in school aged children. *Acta Paedopsychiatrica* 1981; 46: 305-315.
61. Kovacs M. The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacol Bull* 1985; 21: 995-998.
62. Kovacs M. *Children's Depression Inventory Manual*. North Tonawanda, NY, Multi-Health Systems, 1992.
63. Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması [Depression scale for children: Validity and reliability study]. *Türk Psikiyatri Derg* 1991; 2: 132-136.
64. Harma M. *The Impact of Parental Control and Marital Conflict on Adolescents' Self-Regulation and Adjustment*. The Middle East Technical University, Unpublished Master's Thesis, 2008.
65. Olsen SF, Yang C, Hart CH, Robinson CC, Wu P, Nelson DA, Nelson LJ, Jin S, Wo, J. Maternal Psychological Control and Preschool Children's Behavioral Outcomes in China, Russia, and the United States. In *Intrusive Parenting: How Psychological Control Affects Children and Adolescents*. Edited by Barber BK. Washington, DC, American Psychological Association, 2002.
66. Hayes AF. *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*. New York, Guilford Press, 2013.
67. Fritz MS, MacKinnon DP. Required sample size to detect the mediated effect. *Psychol Sci* 2007; 18: 233-239.
68. de Wit L, Luppino F, van Straten A, Penninx B, Zitman F, Cuijpers P. Depression and obesity: A meta-analysis of community-based studies. *Psychiatry Res* 2010; 178: 230-235.
69. Nemiary D, Shim R, Mattox G, Holden K. The relationship between obesity and depression among adolescents. *Psychiatr Ann* 2012; 42: 305-308.
70. Chua JL, Touyz S, Hill AJ. Negative mood induced overeating in obese binge eaters: An experimental study. *Int J Obes* 2004; 28: 606-610.
71. Werner LLAA., Van der Graaff, J. Meeus WHJ, Branje SJT. Depressive symptoms in adolescence: Longitudinal links with maternal empathy and psychological control. *J Abnorm Child Psychol* 2016; 44: 1121-1132.
72. Gruner K, Muris P, Merckelbach H. The relationship between anxious rearing behaviours and anxiety disorders symptomatology in normal children. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1999; 30: 24-35.
73. Jensen BS, Barber BK. *Eating Disorders Among Female Adolescents: An Analysis of Family Predictors*. Paper Presented at the Annual Meeting of the National Council on Family Relations, Portland, 1995, November.
74. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol* 2000; 55: 68-78.
75. Vansteenkiste M, Simons J, Lens W, Soenens B, Matos L. Examining the motivational impact of intrinsic versus extrinsic goal framing and internally controlling versus autonomy-supportive communication style upon early adolescents' academic achievement. *Child Dev* 2005; 76: 483-501.
76. Steinberg L, Silverberg SB. The vicissitudes of autonomy in early adolescence. *Child Dev* 1986; 57: 841-851.
77. Steinberg L, Silk JS. Parenting Adolescents. In *Handbook of Parenting: Vol. 1. Children and Parenting*. Edited by Bornstein MH. Mahwah, NJ, Erlbaum, 2nd Ed., 2002, pp. 103-133.
78. Korczak DJ, Lipman E, Morrison K, Szatmari P. Are children and adolescents with psychiatric illness at risk for increased future body weight? A systematic review. *Dev Med Child Neurol* 2013; 55: 980-987.
79. Haukkala A, Uutela A. Clinical hostility, depression, and obesity: the moderating role of education and gender. *Int J Eat Disord* 2000; 27: 106-109.
80. Herva A, Laitinen J, Miettunen J, Veijola JT, Karvonen JT, Läksy K, Joukkamaa M. Obesity and depression: results from the longitudinal northern Finland 1966 birth cohort study. *Int J Obes* 2006; 30: 520-527.
81. Mühlig Y, Antel J, Föcker M, Hebebrand J. Are bidirectional associations of obesity and depression already apparent in childhood and adolescence as based on high-quality studies? A systematic review. *Obes Rev* 2016; 17: 235-249.
82. Fletcher AC, Steinberg L, Williams-Wheeler M. Parental influences on adolescent problem behavior: revisiting Stattin and Kerr. *Child Dev* 2004; 75: 781-796.

Ergenlerde algılanan ebeveyn tutumu ve duygusal zeka arasındaki ilişkide, dijital oyun bağımlılığının aracı rolünün incelenmesi

The mediator effect of digital game addiction on the relationship between perceived parental attitudes and emotional intelligence among adolescents

Gizem Tetik¹, Z. Deniz Aktan²

¹Klin. Psk., ²Dr.Öğr. Üyesi, Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
https://orcid.org/0000-0002-5679-3789-https://orcid.org/0000-0003-1757-2024

ÖZET

Amaç: Günümüzde ergenler için bir sorun haline gelen dijital oyun bağımlılığının, duygusal zeka düzeyi ve ebeveyn tutumu ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Araştırmamızın hedefi, ergenlik dönemindeki algılanan anne-baba tutumları ile duygusal zekâ arasındaki ilişkide, dijital oyun bağımlılığının aracı (medyator) etkisinin bulunup bulunmadığını araştırmaktır. **Yöntem:** Araştırmaya 14-18 yaş aralığında olan 478 lise öğrencisi katılmıştır. Veri toplama aracı olarak; Sosyodemografik Bilgi Formu, Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği (DOBÖ-7), Anne-Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ) ve Bar-On Duygusal Zekâ Ölçeği Çocuk ve Ergen Formu (EQ-i (YV)) kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırma sonuçlarına göre yapılan regresyon analizi sonucunda, ergenlerin algıladığı kabul/ilgi alt boyutu ile duygusal zekâ düzeyleri arasındaki ilişkide dijital oyun bağımlılık düzeyinin kısmi aracı etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Yapılan ANCOVA analizi sonucuna göre, demokratik ebeveyn tutumuna sahip ergenlerin duygusal zekâ seviyelerinin diğer tutumlara göre daha yüksek, otoriter ebeveyn tutumuna sahip ergenlerin duygusal zekâ düzeylerinin ise diğer ebeveyn tutumlarına göre daha düşük olduğu görülmüştür. **Sonuç:** Günümüz ebeveynleri için önemli bir sorun olarak görülen dijital oyun bağımlılığının kontrolünde ebeveyn tutumlarının ne derece önemli olduğunu gösteren bu araştırma, çocukların hayatlarına yön veren duygusal zekâ kapasitesinin ebeveyn tutumuyla olan ilişkisini değerlendirmek adına bir rehber özelliği taşımaktadır. Bulguların nesnel gerçekliği yansıtmaları açısından gelecek çalışmalar, araştırmamızın kısıtlılıklarını göz önünde bulundurarak planlanmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Ergenlik dönemi, ebeveyn tutumları, duygusal zekâ, dijital oyun bağımlılığı

SUMMARY

Objective: It is known that digital game addiction, which has become a problem for adolescents today, is associated with emotional intelligence level and parental attitude. The aim of this study is to investigate whether digital game addiction has a mediator effect on the relationship between perceived parental attitudes and emotional intelligence. **Method:** This study included 478 high school students between the ages of 14-18. The research data were collected over Sociodemographic Information Form, Digital Game Addiction Scale (DOBÖ-7), Parenting Attitude Scale (ABTÖ) and Bar-On Emotional Intelligence Scale Child and Adolescent Form (EQ-i (YV)). **Results:** Research results indicated that the level of digital game addiction has a partial mediating effect on the relationship between adolescents' acceptance/involvement sub-dimension and emotional intelligence levels. According to the ANCOVA analysis result, the emotional intelligence levels of adolescents with democratic parental attitudes were higher than the others, and emotional intelligence levels of adolescents with authoritarian parental attitudes were lower than the other parental attitudes. **Discussion:** This research, which shows how important parental attitudes is in the control of digital game addiction, which is seen as an important problem for today's parents, is a guide feature to evaluate the relationship between emotional intelligence capacity that guides children's lives and parental attitude. In order to reflect the objective reality of the findings, future studies should be planned considering the limitations of our research.

Key Words: Adolescence, parental attitudes, emotional intelligence, digital game addiction

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2021;24: 181-190)

DOI: 10.5505/kpd.2020.32815

GİRİŞ

Birey, doğumdan yaşlılığa kadar olan yaşam sürecinde, farklı gelişim dönemlerinden geçmektedir. Gelişim dönemlerinden her birinin o döneme özgü birtakım psikolojik, fizyolojik süreçleri vardır. Bu gelişim dönemlerden biri de ergenlik dönemidir. Ergenlik; çocukluk dönemi ve yetişkinlik dönemi arasındaki geçişi oluşturduğundan, fiziksel, bilişsel, psikolojik ve sosyal açıdan, geçiş döneminin getirdiği çeşitli değişimleri içerir (1). Birçok alanda değişimlerin meydana geldiği bu dönemde birey, çeşitli sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu sorunlar karşısında ergenlerin psikolojik sağlamlık hali ve sorunlarla baş etmede getirdiği çözümler üzerinde ergenlerin bugüne kadar sahip olduğu sağlıklı ilişkiler, bağlanma stilleri ve çevresindeki sağlıklı bir ortam, önemli rol oynamaktadır (2).

Ergenler bu dönemde, çocukluk döneminin getirdiği ihtiyaçların giderilmesi adına aileye bağımlı olma halinden sıyrılma ve yetişkinliğe adım atma sürecinde özerk olma ihtiyacına sahiptirler. Ancak özerk olma çabasına karşın, ailenin ergenin yaşamındaki diğer kişilerle olan etkileşimlerine etkisi hala devam etmektedir. Bu nedenle, ergenlik döneminde ebeveyn tutumlarının ergenlerin duygu, düşünce ve davranışlarında, ilişkilerinin şekillenmesinde önemi büyüktür (2).

Aile, bireyin sahip olduğu ilk sosyal çevreyi oluşturan en temel öğedir. Bireyin; bakım, beslenme, sağlık, sevgi, eğitim, psikolojik, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarının karşılandığı çevredir. Bu nedenle aile, bireyin ilk etkileşimlerini kurduğu ve bunların nasıl yapılacağını öğrendiği, en çok etkileşimde bulunduğu çevreyi oluşturur. Bu ilişkiler, bireyin kişilik gelişimini, benlik saygısını, kimlik kazanmasını, uyum becerisini, insanlara karşı olan tutumunu, duygusal becerilerini etkilemektedir. Ailedeki üyelerin birbirine karşı olan tutum ve davranışları; bireyin gelecekte diğer insanlarla kuracağı ilişki biçimine, duygusal ve bilişsel süreçlerin algılama ve yorumlanmasına birer örnek oluşturacağından önemli bir yere sahiptir (3).

Ergenlerin, toplumda kendine kimlik edinme

ihtiyacı ve özerk yapıya ulaşmaya çalışma gibi evrelerden geçtiği bu dönemde, kişilerarası iletişim kurma ve duygusal süreçleri yönetebilme becerisinin etkili olduğu görülmüştür. Ayrıca ergenlik döneminde bireylerin karşılaştığı olumsuz durumlarla baş etmede duygusal zekâ önemli rol oynamaktadır. Bireyin duygusal zekâ seviyesinin yüksek olmasının; akademik başarısını, psikolojik iyi oluş seviyesini, sosyal ve yakın ilişkilerini olumlu etkilediği görülmekte, pozitif yönde ilişkili olduğu bilinmektedir (4).

Ergenlik döneminde geçirilen değişimlerin getirdiği duygusal karmaşalar karşısında, ergenlerin kendi duygularını doğru algılayıp düzenleme yeteneğine sahip olması ve bu duyguları doğru zamanda kullanabilme becerisi, krizlerin daha kolay atlatılmasını sağlamaktadır. Fakat Z kuşağı ile birlikte teknolojiyle, internetle büyüyen ergenlerin, sosyal çevre ile geçirdikleri zamanın azalması sonucu bireylerin duygusal becerilerinin gelişmesinde teknoloji faktörünün olumsuz rol oynayacağı düşünülmektedir (6).

Günümüzde, teknolojinin gelişmesi ya da şehirleşmenin artması gibi sebeplerden dolayı, ergenlerin ve genç yetişkinlerin, aile ve arkadaşları ile geçirdikleri sürenin azaldığı gözlemlenmiştir. Bunların yerlerini, telefon, bilgisayar, tablet gibi teknolojik aletlerin aldığı görülmüştür. İnternetin kullanım amaçlarına bakıldığında da, en çok oyun oynama ve oyun indirme amacıyla ergenler ve gençler tarafından kullanıldığı, oyun oynayarak geçirdikleri sürenin gittikçe arttığı tespit edilmiştir (5,6).

Dijital oyun oynayarak geçirilen sürenin artması, ergenlerin kontrolsüz ve aşırı oyun oynamalarına neden olup, bağımlılık geliştirmelerine yol açmaktadır. Literatür verilerine göre, dijital oyun bağımlılığının en yüksek olduğu evre genç yetişkinlik ve ergenlik dönemidir (7). Bunun sonucunda aile ile yakın ilişkiler geliştirme ve sosyal ilişkiler kurmaya az vakit harcayan ergenlerin, aile ya da arkadaş çevresi ile iletişimi aza indirmesi sonucu bu alanlarda zorluk yaşayacağı düşünülmektedir. Bu sebeple, kendini sosyal çevreden soyutlayan ve yalnızlaşan ergenler, özerk olma çabası, toplumda kendine kimlik edinme gibi yaş

dönemine ait sosyal gelişim evresini daha zor atlatmaktadır(8). Ergenlikte yaşanan psikolojik ve sosyal sıkıntılarla birlikte, zorlanılan yerlerde internet ve oyunlar ergenler için bir çeşit baş etme yolu haline gelebilmektedir. Araştırmalara bakıldığında da, sosyal stres düzeyi fazla olan bireylerin dijital oyun bağımlılığı seviyelerinin yüksek olduğu görülmektedir (9).

Günümüze dek yapılan çalışmalar incelendiğinde; ebeveyn tutumu ile dijital oyun bağımlılığı arasındaki ilişkiye bakılmış ve olumlu ebeveyn tutumu ile büyüyen ergenlerin daha düşük oyun bağımlılığı düzeyine sahip olduğu bulunmuştur (10, 11,12,13). Ebeveyn tutumu ile duygusal zeka arasındaki ilişki incelendiğinde ise, olumlu ebeveyn tutumu ve duygusal zeka seviyesi arasında pozitif ilişki saptanmıştır (14,15,3,16). Dijital oyun bağımlılığı ile duygusal zeka arasındaki ilişkide, oyun oynama sıklığı arttıkça duygusal zeka seviyesinin düştüğü tespit edilmiştir (17,18,19). Tüm bu değişkenler arasındaki ilişkiyi ayrı ayrı inceleyen çalışmalara rastlanırken, bu değişkenler arasındaki ilişkiyi aracılık hipotezleri üzerinden inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamaktadır. Dolayısıyla bu araştırmanın amacı aracı etkiyi saptamaya çalışmaktır.

YÖNTEM

Örneklem

Araştırma kesitsel bir araştırmadır ve seçkisiz olmayan uygun örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini; İstanbul ilinin Avrupa yakasında bulunan Anadolu Lisesi, Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi ve bir Özel Lise ile Anadolu yakasında bulunan iki Özel Lisede okuyan 14-18 yaş aralığındaki lise öğrencileri oluşturmaktadır. TÜİK'in 2018'de yayınladığı veriler doğrultusunda Türkiye'de 14-18 yaşları arasındaki kişi sayısının yaklaşık 6.400.000 olduğu bulunmuştur (TÜİK, 2018). Bu sonuçlara göre Raosoft Örneklem Hesaplama Aracı ile yapılan analiz sonucunda tavsiye edilen minimum örneklem sayısı 385 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların %46,4'ünü (n=222) kadın, %53,6'sını (n=256) erkek olmak üzere toplamda 478 kişi oluşturmaktadır. Araştırmaya 14-18 yaş arasında olan ve Milli Eğitim

Bakanlığı'na bağlı örgün eğitime devam eden lise öğrencileri dâhil edilmiştir. Halihazırda psikolojik tedavi alan ve psikiyatrik ilaç kullanan kişiler araştırmadan dışlanmıştır.

Araştırmaya toplamda 509 kişi katılmış, ancak bunlardan 31 kişi dışlama kriterleri nedeniyle araştırmaya dâhil edilmemiştir. 31 kişiden 13'ü hali hazırda psikolojik tedaviye devam ediyor olduğundan, 15'i psikiyatrik tedavi görüyor olduğundan, 3 kişi de 14-18 yaş aralığında olmadığından çalışmaya dahil edilmemiştir. Sonuç olarak 478 lise öğrencisinin verileri analiz edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Bilgi Formu: Katılımcıların cinsiyet, yaş, sınıf, okul, okul başarısı, kardeş sayısı gibi bilgilerin alınması amaçlanmış ve araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur.

Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği (DOBÖ-7): Lemmens ve arkadaşları (2009) tarafından 12-18 yaş arası ergenlerin problemleri dijital oyun oynama davranışlarını tespit etmek amacıyla geliştirilmiştir (20). Ölçeğin Türkçeye uyarlanması ise Irmak ve Erdoğan (2014) tarafından yapılmıştır (7). Toplam 21 madde, 7 alt boyuttan oluşan DOBÖ-21'in 7 maddelik kısa formudur ve 5'li likert tipinden oluşmaktadır. Ölçekten en az 7, en fazla 35 puan alınabilmektedir (1=hiçbir zaman 5=her zaman). Ölçeğin güvenilirliğine bakıldığında Cronbach alfa katsayısı $\alpha = .86$ olduğu bulunmuştur.

Anne-Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ): Anne-Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ), Lamborn, Mounts, Steinberg ve arkadaşları tarafından 1991 yılında geliştirilmiştir (21). Yılmaz (2000) tarafından Türkçe uyarlama çalışması yapılmıştır. Ölçek 26 maddeden oluşmaktadır. "Kabul/ilgi", "kontrol/denetleme" ve "psikolojik özerklik" olmak üzere üç alt boyutu vardır (Yılmaz, 2000). Ölçek alt boyutlarına göre dört anne-baba tutumu ayırt edilmiştir. Bunlar; demokratik tutum, izin verici/ihtimalkâr tutum, otoriter tutum, izin verici tutumdur. Ölçekte kabul/ilgi ve kontrol/denetleme boyutunda ortancanın üzerinde puan alan ergenlerin anne-babaları "demokratik", altında puan

alanlar ise “izin verici-ihmkâr” olarak adlandırılmaktadır. Kabul/ilgi boyutunda ortancanın altında ve kontrol/denetleme boyutunda ortancanın üzerinde puan alan ergenlerin anne-babaları “otoriter”; kabul/ilgi boyutunda ortancanın üzerinde ve kontrol/denetleme boyutunda ise ortancanın altında puan alan ergenlerin anne babaları “izin verici-hoşgörülü” olarak adlandırılmaktadır (22). Yapılan güvenirlilik sonucunda ise, kabul/ilgi alt ölçeği $\alpha=.72$, denetleme alt ölçeği için $\alpha=.63$, psikolojik özerklik alt ölçeği için $\alpha=.66$ olarak bulunmuştur.

Bar-On Duygusal Zekâ Ölçeği Çocuk ve Ergen Formu (EQ-i (YV)): Bar-On ve Parker (2000) tarafından geliştirilen bu ölçek 7-18 yaşları arasındaki çocuk ve gençlere uygulanabilmektedir. Toplam 60 maddeden oluşmaktadır (23). Ölçek Türkçe’ye Köksal (2007) tarafından uyarlanmıştır. Maddeler 4’lü likert tipinde değerlendirilmektedir (Beni çok az tanımlıyor(1), Beni biraz tanımlıyor(2), Beni genellikle tanımlıyor(3), Beni çok tanımlıyor(4)). Ölçek, toplamda 6 alt boyuttan oluşmakta ve ölçekten alınan toplam puan duygusal zeka düzeyini ifade etmektedir (24). Çalışmada, ölçeğin toplamda Cronbach Alfa değeri $\alpha=.91$ olarak bulunmuştur.

İşlem

İlk adımda, araştırmanın kurgulanması sonucu etik kurul dosyası oluşturulup FMV Işık Üniversitesine başvuru yapılmıştır. Etik onayın verilmesinin ardından ölçeklerin lise öğrencilerine uygulanması adına izin için İl Milli Eğitim Müdürlüğü’ne başvurulmuş ve onay alınmıştır. Veri toplama sürecinde ise, Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu ile ebeveynlerden onay alınmış ve onay veren ebeveynlerin çocuklarına da gönüllü olduklarına dair Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu doldurtulmuştur. Onay alındıktan sonra öğrencilere; Sosyodemografik Bilgi Formu, Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği (DOBÖ-7), Anne-Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ), Bar-On Duygusal Zekâ Ölçeği Çocuk ve Ergen Formu (EQ-i (YV)) uygulanmıştır. Ebeveynler ve öğrencilere, araştırma ile ilgili herhangi bir soruları olması halinde iletişime geçebileceklerinin bilgilendirmesi yapılmıştır.

İstatistiksel Analiz

Elde edilen veriler ‘SPSS.24 İstatistiksel Veri Analiz Programı’ kullanılarak analiz edilmiştir. Tip I hata düzeyi 0,05 kabul edilmiştir. Ölçeklerin normal dağılıma uygunluğu çarpıklık ve basıklık değerleriyle değerlendirilmiştir. Bunun sonucunda ölçeklerin normal dağıldığı sonucuna varılmıştır.

Analizde, dijital oyun bağımlılığının, algılanan anne- baba tutumu ve duygusal zekâ düzeyi arasındaki ilişkide medyatör görevinde olup olmadığı test edilmiştir. Algılanan ebeveyn tutumları, kabul/ilgi, psikolojik özerklik ve denetim/kontrol olarak üç alt boyuttan oluştuğundan her boyut için analiz üç aşamalı olarak yapılmıştır. İlk modelin yordayıcı değişkeni kabul/ilgi boyutu, yordanan değişkeni duygusal zekâ seviyesi ve medyatör (aracı) değişkeni ise dijital oyun bağımlılığı düzeyi olarak; ikinci modelin yordayıcı değişkeni psikolojik özerklik boyutu, yordanan değişkeni duygusal zekâ seviyesi ve medyatör (aracı) değişkeni dijital oyun bağımlılığı düzeyi olarak; üçüncü modelin ise yordayıcı değişkeni kontrol/denetleme boyutu, yordanan değişkeni duygusal zekâ seviyesi ve medyatör (aracı) değişkeni ise dijital oyun bağımlılığı düzeyi olarak belirlenmiştir.

Medyatör analizi yapabilmek adına tüm değişkenler arası korelatif ilişkilerin anlamlı olması gerektiğinden, ilk olarak Pearson Korelasyon Analizi yapılarak analize başlanmıştır. Medyatör etki analizini yapmak için Baron ve Kenny’nin (1986) modeli esas alınmış ve medyatör etkiden söz edebilmek için dört koşulun sağlanıp sağlanmadığı kontrol edilmiştir. Medyatör etkiyi incelemek için ise doğrusal hiyerarşik medyatör regresyon analizlerinin yapılması planlanmıştır. Ebeveyn tutumunun kategorik bir değişken olması ve regresyon analizine sokulamaması dolayısıyla katılımcıların dijital oyun bağımlılığı ve duygusal zekâ düzeylerinin ebeveyn tutumlarından ne derece etkilendiğini görmek adına ‘Kovaryans Analizi (ANCOVA)’ yapılmıştır.

BULGULAR

Medyatör Etki Analizi

Tablo 1. Katılımcıların Algılanan Anne Baba Tutumları, Duygusal Zeka Seviyeleri ve Dijital Oyun Bağımlılığı Düzeyleri Arasındaki Korelasyonlar (n=478)

Ölçek	Kabul/İlgi (ABTÖ)	Psikolojik Özerklik (ABTÖ)	Kontrol/ Denetleme (ABTÖ)	DOBÖ	EQ-i
Kabul/İlgi	1				
Psikolojik Özerklik	,060	1			
Kontrol/ Denetleme	,184*	-,125*	1		
DOBÖ	-,242*	-,177*	-,179*	1	
EQ-i	,293*	,069	-,007	-,163*	1

Not: Kabul/İlgi, Psikolojik Özerklik, Kontrol/Denetleme, Anne-Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ)'nin alt boyutu; DOBÖ Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği'ni; EQ-i ise Duygusal Zeka Ölçeği'ni temsil etmektedir. * $p < .05$: istatistiksel olarak anlamlıdır.

Baron ve Kenny (1986), medyatör analizinde, anlamlı bir etkiden bahsedebilmek için dört koşulun sağlanması gerektiğini söylemiştir. Bu koşullardan ilki; yordayıcı değişkenin yordanan değişken üzerinde anlamlı bir etkisi olması, ikincisi yordayıcı değişkenin aracı değişken üzerinde anlamlı bir etkisinin olması, üçüncüsü aracı değişkenin yordanan değişken üzerindeki etkisinin anlamlı olması ve son olarak da medyatör değişken kontrol edildiğinde yordayıcı değişkenin ilk adımda anlamlı olan yordayıcı etkisinin anlamlılığının kaybolması şeklindedir (25). Medyatör etkiye bakabilmek için ilk olarak değişkenler arası ilişkiye bakılması gerektiğinden Pearson Korelasyon Testi yapılmış ve sonuçlar Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1'de görüldüğü gibi, yordayıcı değişkenleri olup algılanan anne baba tutumları adı altında değerlendirilen psikolojik özerklik ve kontrol/denetim düzeylerinin, yordanan değişken duygusal zekâ düzeyi ile arasındaki ilişkiler anlamlı değildir. Bu durumda Baron ve Kenny'e (1986) göre anlamlı bir medyatör etkiden söz edebilme koşullarından ilki yerine getirilmediğinden psikolojik özerklik ve kontrol/denetim yordayıcı değişkenlerinin olduğu iki modelin de medyatör analizi yapılamamıştır. Ancak bir diğer yordayıcı değişken olup algılanan anne baba tutumu adı altında değerlendirilen kabul/ilgi düzeyi ile yordanan değişken duygusal zekâ düzeyi ve medyatör (aracı) değişken dijital oyun bağımlılığı düzeyi arasındaki korelatif ilişkinin anlamlı olduğu görülmektedir. Dolayısıyla Baron ve Kenny'nin (1986) dört kriterini uygulamak için medyatör analizinin yapılması uygun görülmüştür.

Araştırmanın temel hipotezlerinin sınıandığı bu adımda yordayıcı değişken olan kabul/ilgi düzeyinin yordanan değişken olan duygusal zekâ düzeyi üzerindeki etkisine odaklanılmış, bu

doğrultuda regresyon analizi yapılmıştır. Elde edilen verilere göre algılanan anne baba tutumu alt boyutu olan kabul/ilgi düzeyinin duygusal zekâ düzeyini anlamlı düzeyde yordadığı ($\beta = 0,293$, $p \leq .001$) ve duygusal zekâ üzerindeki varyansın %9'unu açıkladığı sonucuna ulaşılmıştır.

İkinci adımda yordayıcı değişkenin aracı değişken üzerindeki etkisinin anlamlılığına bakılmış, bu doğrultuda regresyon analizi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre kabul/ilgi düzeyinin dijital oyun bağımlılığı düzeyini anlamlı düzeyde yordadığı ($\beta = -0,242$, $p \leq .001$) ve dijital oyun bağımlılık düzeyi üzerindeki varyansın %6'sını açıkladığı görülmektedir.

Araştırmanın temel hipotezlerinin sınıandığı bir sonraki adımda ise dijital oyun bağımlılığının duygusal zekâ üzerindeki yordayıcı etkisi sınanmıştır. Elde edilen sonuçlarda dijital oyun bağımlılığının duygusal zekâ için anlamlı bir yordayıcı olduğu ($\beta = -0,163$, $p \leq .001$) ve duygusal zekâ üzerindeki varyansın %3'ünü açıkladığı görülmüştür.

Baron ve Kenny'nin (1986) belirlediği koşullara göre medyatör etkiden bahsedebilmek için aracı değişkenin etkisi kontrol edildiğinde yordayıcı değişkenin yordanan değişken üzerindeki etkisini kaybetmesi beklenmektedir. Dolayısıyla son adımda yordayıcı olarak ebeveyn tutumu kabul ilgi alt boyutu ile dijital oyun bağımlılığı regresyon analizine birlikte sokulmuş ve bu iki değişkenin duygusal zekâ üzerindeki etkisine odaklanılmıştır. Elde edilen verilere göre ilk adımda kabul ilgi boyutunun duygusal zekâ üzerindeki anlamlı yordayıcılık etkisinin ($\beta = 0,293$, $p < .001$) denkleme dijital oyun bağımlılığı ile birlikte sokulduğunda anlamını kaybetmediği fakat söz konusu etkinin anlamlılığında bir azalma olduğu gözlenmiştir ($\beta = 0,269$, $p < .05$). Bu adımda elde edilen veriler

Tablo 2. Dijital Oyun Bağımlılık Düzeyinin Medyatör Etkisinin Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analiziyle Değerlendirilmesinden elde Edilen Sonuçlar

Yordayıcı Değişkenler	Yordanan Değişkenler	B	Sh	β	t	p
Adım 1 Kabul/ilgi	Duygusal zekâ R = 0.293, R ² =0.086, F=44,668*	1,477	,221	,293	6,683	,000
Adım 2 Kabul/ilgi	Dijital oyun bağımlılığı (aracı) R = 0.242, R ² =0.059, F=29,580*	-,303	,056	-,242	-5,439	,000
Adım 3 Dijital oyun bağımlılığı (aracı)	Duygusal zekâ R = 0.163, R ² =0.026, F=12,934*	-,655	,182	-,163	-3,596	,000
Adım 4 Dijital oyun bağımlılığı (aracı) + Kabul/ilgi	Duygusal zekâ R = 0.293, R ² =0.086, F=24,856*	1,358	,227	,269	5,986	,000

Not: *p≤0,05; istatistiksel olarak anlamlıdır.

yorumlandığında ise kabul ilgi boyutunun duygusal zekâ üzerindeki etkisi anlamlılığını yitirmedikten tam bir medyatör etkiden bahsedilememiştir. Diğer yandan söz konusu anlamlılık düzeyinde radikal bir düşme gözlemlendiğinden kısmi bir aracı etkinin varlığından söz edilebilmektedir. Bu doğrultuda kısmi aracı etkinin anlamlılığını sınamak adına Sobel Z Testi uygulanmıştır. Uygulanan test sonucunda elde edilen verilere göre ise ebeveyn tutumu ile duygusal zekâ arasındaki ilişkide dijital oyun bağımlılığının kısmi bir medyatör etkiye sahip olduğu saptanmıştır (Sobel Z= 2,015, p≤.05).

Algılanan Ebeveyn Tutumları ve Duygusal Zeka Arasındaki İlişkinin Dijital Oyun Bağımlılığı Seviyelerine Göre İncelenmesi

Ergenlerin dijital oyun bağımlılığı düzeylerine göre düzeltilmiş duygusal zekâ ortalama puanları Tablo 3'te gösterilmiştir. Buna göre; duygusal zekâ seviyelerinin ortalamaları demokratik ebeveyn tutumunda 174,4; izin verici/ihmkâr ebeveyn tutumunda 164,2; otoriter ebeveyn tutumunda 160,1; izin verici/hoşgörülü ebeveyn tutumunda 175,6 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre, duygusal zekâ seviyelerinin en yüksek olduğu ebeveyn tutu-

mu izin verici/hoşgörülü gibi görünmektedir. Ancak dijital oyun bağımlılığı düzeyleri kontrol edildiğinde, ortalamalarda düşmeler meydana gelmiştir. Duygusal zekâ seviye ortalamaları demokratik ebeveyn tutumu için 174,5; izin verici/ihmkâr ebeveyn tutumu için 164,2; otoriter ebeveyn tutumu için 160,3; izin verici /hoşgörülü ebeveyn tutumu için ise 174,4 olarak belirlenmiştir.

Tablo 3'teki düzeltilmiş duygusal zekâ seviyelerine göre; gruplar yüksekte düşüğe doğru sıralandığında; en yüksek duygusal zekâ seviyelerine sahip olanların demokratik ebeveyn tutumuna sahip ergenler olduğu, daha sonra sırasıyla izin verici/hoşgörülü, izin verici/ ihmkâr ve en düşük duygusal zekâ seviyesine sahip olanların ise otoriter ebeveyn tutumuna sahip olan ergenler olduğu bulunmuştur. Ebeveyn tutumlarının düzeltilmiş ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığı ise Tablo 4'te belirtilmiştir.

Sonuçlara göre, farklı ebeveyn tutumuna sahip ergenlerin dijital oyun bağımlılığı seviyesine göre, düzeltilmiş duygusal zekâ düzeyi ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur F(3,473)= 10,581 p<.01. Dolayısıyla, ergenlerin duygusal zekâ

Tablo 3. Katılımcıların Duygusal Zeka Seviyelerinin Algılanan Anne Baba Tutumlarına Göre Betimsel İstatistikleri

Birim	n	Ortalama	Düzeltilmiş Ortalama
Demokratik	111	174,4	174,5
İzin verici / İhmalkâr	154	164,2	164,8
Otoriter	107	160,1	160,3
İzin Verici / Hoşgörülü	106	175,6	174,4

Tablo 4. Dijital Oyun Bağımlılığı Düzeylerine Göre Düzeltilmiş Duygusal Zeka Seviyelerinin Ebeveyn Tutumlarına Göre ANCOVA Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Bağılılık (Reg.)	3951,444	1	3951,444	7,623	,006
Grup	16455,832	3	5485,277	10,581	,000
Hata	245196,710	473	518,386		
Toplam	268762,494	477			

düzeyleri, algıladıkları ebeveyn tutumları ile ilişkilidir.

Ebeveyn tutumlarının düzeltilmiş ortalamaları arasında yapılan Bonferroni testi sonuçlarına göre; demokratik ebeveynlere sahip olan ergenlerin duygusal zeka seviyeleri ($X=174,5$), izin verici/hosgörülü ($X=174,4$), izin verici/ihmalkâr ($X=164,8$), ve otoriter ebeveyn tutumuna ($X=160,3$) sahip ergenlere göre daha yüksektir.

TARTIŞMA

Bu araştırmanın amacı doğrultusunda elde edilen bulgulara göre, kabul/ilgi boyutu yordayıcı değişken, duygusal zekanın yordanan değişken olarak alındığı modelde mediyasyon analizi yapılmış ve ergenlerin kabul ilgi alt boyutunun duygusal zekâ seviyesi üzerindeki yordayıcı etkisinde dijital oyun bağımlılığının anlamlı bir kısmı aracı rol üstlendiği saptanmıştır. Literatür verilerine bakıldığında, algılanan ebeveyn tutumu, duygusal zekâ ve dijital oyun bağımlılık değişkenlerini arasındaki söz konusu ilişkiyi bir arada inceleyen ya da medyatör analizi ile aracı role odaklanan kısıtlı araştırma olduğundan karşılaştırma yapılamamıştır. Fakat literatüre bakıldığında yukarıda da bahsedildiği üzere; ebeveyn tutumu, duygusal zekâ ve dijital oyun bağımlılığı değişkenlerinin arasındaki ilişkilere ayrı ayrı odaklanan çalışmalar bulunmaktadır. Yapılan araştırmalardan elde edilen sonuçların, bu çalışmadan elde edilen sonuçlar ile uyumlu olduğu görülmüştür (3,10,11,12,13,17,18,19,26,30).

Baron ve Kenny (1986) kriterlerine göre araştırmanın ilk adımında, izlenilen adımlara göre, Anne-Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ)'nin alt boyutu olan kabul/ilgi boyutu ile duygusal zekâ arasındaki ilişkiye bakılmış, kabul/ilgi düzeyinin duygusal zekâ seviyesini anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur. Dolayısıyla bu çalışmanın sonuçlarına göre,

ebeveynleri tarafından olumlu kabul ve ilgi gören ergenlerin duygusal zekâ seviyelerinin yüksek olduğu görülmektedir. Curun ve Yücel (2018), yakın zamanda 233 ergen ile yaptığı araştırmada, demokratik ebeveynlere sahip olmanın ergenlerde duygusal zekâ seviyesini yükseltirken, otoriter ebeveynlere sahip olmanın duygusal zekâ seviyesini düşürdüğünü saptamıştır (26). Nastasa ve Sala'nın da (2012) ergenler üzerinde yaptığı araştırmada, demokratik ve izin verici ebeveyn tutum düzeyi arttıkça duygusal zekâ düzeyinin arttığını, otoriter ve baskıcı ebeveyn tutum düzeyi arttıkça duygusal zekâ düzeyinin azaldığını raporlamaktadır (3). Sonuç olarak bu çalışmaya ve literatürdeki verilere göre, ergenlerin kişilerarası ilişkilerinde önemli yere sahip olan duygusal zekâ düzeyinin, ebeveynlerinin tutumlarından etkilendiği görülmektedir. Duygularını ifade edebilen ve yönetebilen bireylerin yüksek sosyal beceriye sahip olduğu (27), akademik başarısı yüksek ve iş hayatında başarılı olduğu (28) bilinmektedir. Diğer yandan, düşük duygusal zekâ düzeyine sahip olma ile depresyon, fobik bozukluk gibi ruhsal sorunların ilişkili olduğu (29) bilindiğinden, olumlu ebeveyn tutumlarının bireylerin hayatında koruyucu faktör rolünde olacağı düşünülmektedir. Dolayısıyla ergenlerin duygularını yönetebilmesi ve ilişkilerinin sağlıklı olması adına aile ve ebeveyn tutumlarının iyileştirilmesi ergenlerin hayatını olumlu etkileyecektir. Bu nedenle gelecekte ebeveynler ile çalışmalar yapılmasının, ergenlerin hayatındaki risk faktörlerini azaltarak duygusal, sosyal, psikolojik gelişimine ve akademik hayatına olumlu yönde katkı sunabilir.

Algılanan ebeveyn tutumu ile duygusal zekâ düzeyi arasındaki ilişkiye bakıldıktan sonra ikinci adım olan kabul/ilgi boyutu ile dijital oyun bağımlılık arasındaki ilişkiye odaklanılmış, regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucu, kabul/ilgi düzeyinin dijital oyun bağımlılık düzeyini anlamlı seviyede yordadığı bulunmuştur. Diğer bir deyişle, ebeveynlerinden koşulsuz kabul ve ilgi gösterme

durumunun ergenlerin dijital oyun bağımlılık düzeylerini etkilediği tespit edilmiştir. Literatürde algılanan ebeveyn tutumu ile dijital oyun bağımlılığı arasındaki ilişkiye odaklanan çalışmalara bakıldığında, bu çalışmanın sonuçlarını destekler nitelikte veriler bulunmaktadır (10, 11, 12, 30, 13). Kwon ve arkadaşları (2011), Zhu ve arkadaşlarının (2015) yaptığı araştırmalarda olumlu ebeveyn tutumuna sahip ergenlerin dijital oyun bağımlılık seviyelerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Özellikle Bonnaire ve Phan'ın (2017) ortaokula giden 437 ergen ile yaptığı araştırmaya bakıldığında; ebeveyn tutumu, aile işlevselliği ve internet oyun bağımlılığı incelenmiş ve ebeveyn tutumu ile aile işlevselliğinin oyun bağımlılığı üzerinde yordayıcı etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Diğer bir deyişle Bonnaire ve Phan'ın (2017) araştırmasında; yüksek oyun bağımlılık ve düşük oyun bağımlılık düzeyi olarak ikiye ayırdığı örnekleminde, yüksek oyun bağımlılığına sahip olan kişilerin düşük oyun bağımlılığı olanlara göre aile bağlarının ve kabulünün düşük olduğu, aile çatışmalarının fazla olduğu ve zayıf aile ilişkilerinin olduğu saptanmıştır (30).

Araştırmamızın ve literatürün bulgularına göre, ergenlerin dijital oyun bağımlılığı geliştirmesinde ebeveynlerin çocuklarına olan yaklaşımlarının önemli bir role sahip olduğu görülmektedir. Ebeveynler çocuklarının sinyallerine odaklanmadığı, sıcak ve ilgili bir tutum benimsemediklerinde, bu tutumlar ergenlerde sürdürücü bir risk faktörü haline gelmektedir (31). Dolayısıyla ergenlerin bu stresle başa çıkabilmek adına, gerçek dünyadan kaçıp sanala yönelme davranışı olabileceği düşünülmekte ve olumsuz ebeveyn tutumunun sürdürücü bir stres faktörü olması sebebiyle oyun oynama davranışının artması sonucu bağımlılığa evrilebileceği düşünülmektedir. Bunun yanında, günümüzde teknolojinin gelişmesi ile boş zaman değerlendirme aktivitelerinin dijital ortama kaydığı görülmektedir. Bu sebeple gençlerin ve ergenlerin oyun oynama sıklığının giderek arttığı bilindiğinden (5), bağımlılığı önleme amacıyla ergen ve ebeveynleri arasındaki ilişkinin güçlendirilmesinin bu süreci olumlu etkileyeceği düşünülmektedir. Nitekim Han ve arkadaşlarının (2012) ergenler ve aileleriyle yaptığı çalışmada, 3 hafta süren aile terapisinin ergenlerin aile uyumunu artırdığı ve oyun bağımlılık düzeyini azalttığı

bulunmuş, aile uyumunun önemi vurgulanmıştır (32). Dolayısıyla ebeveynlerin çocukları ile ilişkilerini güçlendirmek adına onlara duygularını ifade edebilmeleri için alan açması, özerkliği kısıtlamayan, ilgili ve sevgi dolu bir tutum içinde olması ergenlik döneminde dijital oyun bağımlılığı gibi olumsuz davranışların ortaya çıkmasında koruyucu etkiye sahip olacağı söylenebilir. Diğer yandan, ailenin demokratik yaklaşım ile sınırları güvenli bir şekilde çizerek kabul ve ilgi ile çocuklarına yaklaştığında, ergenlerin kontrolsüz bir şekilde dijital oyun ile vakit geçirmesini önleyebileceği düşünülebilir. Kısacası, dijital oyun bağımlılığının tedavisi ve önleme çalışmalarının yapılmasında ebeveyn ve aile faktörünün ele alınmasının önemli olduğu görülmektedir.

Araştırma analiziniz üçüncü adımında dijital oyun bağımlılığı ile duygusal zekâ arasındaki ilişkiye odaklanılmış, dijital oyun bağımlılığının duygusal zekâ seviyesi üzerinde yordayıcı etkisinin olduğu görülmüştür. Diğer bir deyişle, ergenlerin dijital oyun bağımlılık düzeyinin düşük veya yüksek olmasının duygusal zekâ düzeyini belirlemede etkili olduğu saptanmıştır. Literatürde bu çalışma ile benzer sonuçlar elde edildiği tespit edilmiştir (17, 18,19). Herodotou ve arkadaşlarının (2011) 16-25 yaş arası genç ve ergenlerle yaptığı araştırmada, dijital oyun oynama sıklığı ile duygusal zekâ özelliği arasındaki ilişkiye odaklanılmış, oyun oynama sıklığı arttıkça duygusal zekâ özelliklerine dair puanların düştüğü saptanmıştır (18).

Ek olarak, Lo ve arkadaşları (2005) çevrimiçi oyun oynama düzeylerine göre kişilerarası ilişkilerinin kalitesini araştırmıştır (33). Lo ve arkadaşlarının (2005) bulgularına göre, çevrimiçi oyun oynamaya harcanan süre arttıkça kişilerarası ilişkilerinin kalitesinin düştüğü raporlanmıştır (33). Sonuç olarak dijital oyun bağımlılığı ve duygusal zekâ arasındaki ikili ilişkileri inceleyen ve bu ilişkinin anlamlılığını saptayan çalışmalar bulunmaktadır. Günümüz şartlarına bakıldığında, her geçen gün teknoloji ile bağımız artmakta, boş vakitlerimizi değerlendirmede teknolojik aletler bir seçenek haline gelmektedir. Dolayısıyla bu da bağımlılık geliştirme adına tehdit oluşturmaktadır. Araştırmalara bakıldığında, özellikle genç ve ergenlerin en çok oyun oynama ve oyun indirme amacıyla interneti kullandıkları bilinmektedir (5,

6). Bu nedenle genç ve ergenler açısından dijital oyun bağımlılığı konusunu akla gelmektedir. Araştırmamızın bulgularına göre dijital oyun bağımlılığının duygusal zekâ düzeyini belirlediği görülmekte, ergenlerin dijital oyun bağımlılığa sahip olması sonucu, yarattığı etkilerin bilinmesinin ve bu doğrultuda önlemler alınması açısından önemli olacağı düşünülmektedir. Ergenlik dönemi, bireylerin özerkliğe ve toplum içinde birey olma ve kimlik edinme çabasına denk geldiğinden, bireylerin sosyal becerileri önemli bir rol oynamaktadır. Dolayısıyla bireyin sosyal ilişkilerini sağlıklı bir şekilde yönetebilmesi adına duygusal süreçlerini yönetebilme becerisine sahip olması, kendisinin ve karşısındaki kişilerin duygularını anlayıp ifade edebilmesi gerekmektedir. Duygusal zekâyâ ait bu becerilerin düşük olduğu durumlarda risk faktörlerinin belirlenmesi adına duygusal zekâ becerilerini etkileyen dijital oyun bağımlılık gibi faktörlerin bilinmesi ve bağımlılığı önleyici çalışmalar yapılmasının bu süreci hızlandıracağı düşünülmektedir. Bu doğrultuda, literatürdeki dijital oyun bağımlılığı ve duygusal zekâ arasındaki ilişki üzerine odaklanan yapılan çalışmaların sınırlı olduğu görülmüş, gelecek çalışmaların bu ilişki üzerine farklı örneklem ve farklı yaş grupları ile çalışma yapmasının katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Katılımcıların dijital oyun bağımlılığı ve duygusal zekâ düzeylerinin ebeveyn tutumlarından ne derece etkilendiğini görmek adına ANCOVA analiz adımları izlenmiştir. Buna bağlı olarak araştırmanın diğer aşamasında, ebeveyn tutumlarını oluşturan demokratik, izin verici/ihmalkâr, otoriter ve izin verici/hosgörülü ebeveyn tutumları ile duygusal zekâ arasındaki ilişkiye dijital oyun bağımlılık düzeyinin olası etkisi kontrol edilerek ANCOVA analizi yapılmış, dijital oyun bağımlılık düzeylerine göre düzeltilmiş duygusal zekâ seviyeleri ile ebeveyn tutumları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Sonuçlara göre demokratik ebeveyn tutumuna sahip ergenlerin duygusal zekâ seviyelerinin diğer tutumlara göre daha yüksek; otoriter ebeveyn tutumuna sahip ergenlerin duygusal zekâ düzeylerinin ise diğer ebeveyn tutumlarına göre daha düşük olduğu görülmüştür. Literatürde algılanan ebeveyn tutumu, duygusal zekâ ve dijital oyun bağımlılığı arasındaki ilişkiye odaklanan ve aynı analiz ile

araştırma yapan çalışmaların kısıtlı sayıda olduğu görüldüğünden, karşılaştırma yapılamamıştır.

Bu araştırmanın temel hipotezlerinin sınındığı adımda her ne kadar ebeveyn tutumu ve duygusal zekâ arasındaki ilişkide dijital oyun bağımlılığının kısmi aracı etkisi anlamlı çıksa ve ilk temel hipotezimiz doğrulanmış olsa da kurgulanmış olan diğer temel hipotezlere dair medyatör modelinde değişkenler arası ilişkiler analize uygun olmadığı için yapılamamıştır. Bu sonuç da araştırmaya dair kısıtlılıkları akla getirmektedir. Örneğin söz konusu araştırma örnekleminin sadece İstanbul'da belirli okulda eğitim gören öğrencilerden seçilmesi, örneklem sayısının yetersizliği, kesitsel bir çalışma olması, araştırmaya katılan kişilerin cinsiyet, yaş, okul ve benzeri demografik özellikler bakımından eşitlenememesi söz konusu araştırmanın en önemli kısıtlılıkları arasında yer almaktadır. Diğer yandan bu çalışmada çocukların ebeveynlerinden algıladıkları tutumlar üzerinden ebeveyn tutumu belirlenmiş, fakat söz konusu tutumların ikinci bir adım olarak ebeveynlerden elde edilen bilgiler doğrultusunda sağlaması yapılamamıştır. Dolayısıyla gelecek araştırmaların söz konusu kısıtlılıkları göz önünde bulundurarak araştırma yapmasının literatüre katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

SONUÇ

Her ne kadar kısıtlılıkları olsa da bu araştırma literatürde daha önce aydınlatılmamış bir alana ışık tutarak bu alanın zenginleşmesi adına öncülük eden bir özellik de taşımaktadır. Araştırmadan elde edilen tüm veriler yorumlandığında ise günümüz ebeveynleri için önemli bir sorun olarak görülen dijital oyun bağımlılığının kontrolünde ebeveyn tutumlarının ne derece önemli olduğunu gösteren bu araştırma, aynı zamanda çocukların hayatlarına yön veren duygusal zekâ kapasitesinin ebeveyn tutumuyla olan ilişkisini değerlendirmek adına bir rehber özelliği de taşıdığı söylenebilir.

Yazışma Adresi: Kln. Psk. Gizem Tetik, Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye tetikgizem123@gmail.com

KAYNAKLAR

- Plotnik R, Haig K. Introduction to Psychology, 8th Edition. Belmont, Thomson Learning Inc, 2008.
- Tuğrul C. Duygusal zeka. Klinik Psikiyatri 1999; 1: 12-20.
- Nastasa LE, Sala K. Adolescents' Emotional Intelligence and Parental Styles. Procedia-Social and Behavioral Sciences 2012; 33: 478-482.
- Deniz ME, Erus SM, Büyükcebeci A. Bilinçli Farkındalık ile Psikolojik İyi Oluş İlişkisinde Duygusal Zekanın Aracılık Rolü. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 2017; 7: 17-31.
- Gentile D. Pathological Video Game Use Among Youth 8 To 18: A National Study. Psychol Sci 2009; 20: 594-602.
- Rideout VJ, Foehr UG, Roberts DF. (2010). Generation M2: Media in the Lives of 8- to 18-Year-Olds. Kaiser Family Foundation. <https://www.kff.org/other/report/generation-m2-media-in-the-lives-of-8-to-18-year-olds/>. Erişim Tarihi: Haziran 15, 2020
- Irmak AY, Erdoğan S. Ergen ve Genç Erişkinlerde Dijital Oyun Bağımlılığı: Güncel Bir Bakış. Türk Psikiyatri Dergisi, 2016;27: 128-37.
- Muss RE. Social Cognition: David Elkind's Theory of Adolescent Egocentrism. Adolescence 1982; 17: 249.
- Van Deursen AJ, Bolle CL, Hegner SM, Kommers PAM. Modelling habitual and addictive smartphone behaviour: The role of smartphone usage types, emotional intelligence, social stress, self-regulation, age, and gender. Computers in Human Behavior 2015; 45: 411-420.
- Wallenius M, Punamäki RL. Digital Game Violence And Direct Aggression in Adolescence: A Longitudinal Study of The Roles of Sex, Age, and Parent-Child Communication. Journal of Applied Developmental Psychology 2008; 29: 286-294.
- Kwon JH, Chung CS, Lee J. The Effects of Escape from Self and Interpersonal Relationship on the Pathological Use of Internet Games. Community Mental Health Journal 2011; 47: 113-121.
- Zhu J, Zhang W, Yu C, Bao Z. Early Adolescent Internet Game Addiction in Context: How Parents, School, And Peers Impact Youth. Computers in Human Behavior 2015; 50: 159-168.
- Eni B. Lise Öğrencilerinin Dijital Oyun Bağımlılığı Ve Algıladıkları Ebeveyn Tutumlarının Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017.
- Odabaşı B. İlköğretim 2.Kademe Öğrencilerinin Duygusal Zeka Düzeylerinin Ana Baba Tutumları Açısından İncelenmesi. Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2003; 3.
- Asghari MS, Besharat MA. The Relation of Perceived Parenting With Emotional Intelligence. Social and Behavioral Sciences 2011; 30: 231-235.
- Alan R. Aile Yapısına Göre Çocukların Algıladığı Anne Baba Tutumlarının Duygusal Zeka ve Ahlaki Olgunluk Üzerine Etkisinin Karşılaştırılması. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019.
- Parker JD, Taylor RN, Eastabrook JM, Schell SL, Wood LM. Problem Gambling in Adolescence: Relationships with Internet Misuse, Gaming Abuse and Emotional Intelligence. Personality and Individual Differences 2008; 45: 174-180.
- Herodotou C, Kambouri M, Winters N. The Role of Trait Emotional Intelligence in Gamers' Preferences For Playand Frequency of Gaming. Computers in Human Behavior 2011; 27: 1815-1819.
- Wang W, Li D, Li X, Wang Y, Sun W, Zhao L, Qiu L. Parent-Adolescent Relationship and Adolescent Internet Addiction: A Moderated Mediation Model. Addictive Behaviors 2017; 84:171-177.
- Lemmens JS, Valkenburg, PM, Peter J. Development and Validation of a Game Addiction Scale for Adolescents. Media Psychology 2009; 12: 77-95.
- Lamborn SD, Mounts NS, Steinberg L, Dornbusch SM. Patterns of Competence and Adjustment among Adolescents from Authoritative, Authoritarian, Indulgent, and Neglectful Families. Child Development 1991; 62: 1049-1065.
- Yılmaz, A. Anne-Baba Tutum Ölçeği'nin Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı 2000; 7: 160-172.
- Bar-On R, Parker, JDA. The Bar-On Emotional Quotient Inventory: youth version (EQ-i:YV) technical manual. Toronto, Canada: Multi-Health Systems, Inc, 2000.
- Köksal A. Bar- On Duygusal Zekâ Ölçeği Çocuk ve Ergen Formu Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. International Emotional Intelligence and Communication Symposium, May 7-9 2007 / İzmir, Türkiye.
- Baron, RM., Kenny DA. The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, And Statistical Considerations. Journal of Personality and Social Psychology 1986; 51: 1173-1182.
- Curun F, Yücel DO. Ergenlerin algıladıkları ebeveyn tutumlarının benlik saygıları ve duygusal zekaları ile ilişkisi. Kalem Eğitim ve İnsan Bilimleri Dergisi 2018; 8: 579-603.
- Schutte NS, Malouff JM, Hall LE, Haggerty DJ, Cooper JT, Golden CJ, Dornheim L. Development and Validation of a Measure of Emotional Intelligence. Personality and Individual Differences 2001; 25: 167-177
- Cooper RK. Applying Emotional Intelligence In The Workplace. Training & development 1997; 51: 31-39.
- Mikolajczak M, Luminet O, Menil C. Predicting Resistance to Stress: Incremental Validity of Trait Emotional Intelligence Over Alexithymia and Optimism. Psicothema 2006; 18:79-88.
- Bonnaire C, Phan O. Relationships Between Parental Attitudes, Family Functioning And Internet Gaming Disorder in Adolescents Attending School. Psychiatry Research 2017; 255: 104-110.
- Şenormancı Ö, Şenormancı G, Güçlü O, Konkan R. Attachment And Family Functioning in Patients With Internet Addiction. General Hospital Psychiatry 2014; 36: 203-207.
- Han DH, Kim SM, Lee YS, Renshaw PF. The Effect Of Family Therapy On The Changes in The Severity Of On-Line Game Play And Brain Activity in Adolescents With On-Line Game Addiction. Psychiatry Research: Neuroimaging 2012; 202: 126-131.
- Lo S, Wang C., Fang W. Physical Interpersonal Relationships and Social Anxiety among Online Game Players. CyberPsychology & Behavior 2005; 8: 15-20.

Çoklu antipsikotik kullanımı: Psikotik bozukluk izlem polikliniğinde takip edilen olguların geriye dönük değerlendirilmesi

Antipsychotic polypharmacy: Retrospective evaluation of cases with psychotic disorder followed in outpatient clinic

Şahabettin Çetin¹, Melike Ceyhan Balcı Şengül², Osman Özdel³

¹Uzm. Dr., Denizli Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Denizli, Türkiye <https://orcid.org/0000-0001-8307-095X>

²Doç. Dr., Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Aydın, Türkiye <https://orcid.org/0000-0003-2011-4630>

³Prof. Dr., Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Denizli, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-6153-6744>

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada çoklu antipsikotik kullanımı ile ilgili olabilecek sosyodemografik ve klinik özelliklerin araştırılarak, bu durumun nedenleri ve etkilerinin tartışılması amaçlanmaktadır. **Yöntem:** Psikotik bozukluklar izlem polikliniğinde takip edilen olguların kayıtları geriye dönük olarak incelenmiştir. Hastaların kayıtlarında yer almakta olan sosyodemografik ve hastalık ile ilgili klinik özellikler, son başvurularındaki Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGİÖ)-Hastalık Şiddeti ve Yan Etki Şiddeti değerlendirmeye alınmıştır. **Bulgular:** Çalışmaya alınan 236 hastanın %76.7'sinin (n=181) en az iki adet antipsikotik ilaç, %64.8'i (n=153) en az bir adet uzun etkili parenteral antipsikotik kullanmakta olduğu tespit edilmiştir. Çoklu ve tekli antipsikotik kullanan hastalar karşılaştırıldığında ise yaş, cinsiyet, hastalık başlangıç yaşı, elektrokonvülsif tedavi (EKT) öyküsü, uzun etkili antipsikotik kullanımı, hastanede yatış sayısı ve son yatışlarının süresi, KGİÖ hastalık şiddeti ve yan etki puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. **Sonuç:** Çoklu antipsikotik kullanımının etkililiği ve güvenliliği hakkında yeterli veri olmamasına karşın, uygulamada tedavi kılavuzlarının önerilerinin çok üstünde tercih edildiği anlaşılmaktadır. Bu durumun nedenlerinin anlaşılacak, klinisyenlerin uygulamalarında ve kılavuzlarda düzenlemeler yapılması önemli görünmektedir.

Anahtar Sözcükler: Antipsikotikler, Polifarmasi, Şizofreni, Psikotik bozukluklar

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2021;24: 191-198)

DOI: 10.5505/kpd.2020.27676

SUMMARY

Objective: In this study, it was aimed to investigate the sociodemographic and clinical features that may be related to antipsychotic polypharmacy and to discuss the causes and effects of this condition. **Method:** The records of the cases followed up at the psychotic disorders outpatient clinic were analyzed retrospectively. Sociodemographic and disease related clinical features, Clinical Global Impression Scale (CGI) Severity of Illness and Advers Events in their last applications were evaluated. **Results:** The most common diagnosis is schizophrenia with a rate of 63.6% (n = 150). It was determined that 76.7% (n = 181) of 236 patients included in the study were using at least two antipsychotic drugs, %64.8 (n=153) were using long acting parenteral antipsychotics. When comparing antipsychotic polypharmacy and monotherapy patients; statistically significant difference was found in terms of age, gender, onset age of disease, history of electroconvulsive therapy (ECT), long term parenteral antipsychotic use, number of hospitalizations and duration of their last hospitalization, Clinical Global Impression Scale severity of illness and advers events scores. **Discussion:** Although there is insufficient data on the efficacy and safety of antipsychotic polypharmacy, it appears that it is preferred in practice far above the recommendations of treatment guidelines. It seems important to understand the causes of this situation, and to make adjustments in the practices and guidelines of clinicians. Medical, social and economic consequences caused by antipsychotic polypharmacy should be considered.

Key Words: Antipsychotics, Polypharmacy, Schizophrenia, Psychotic disorders

GİRİŞ

Şizofreni, düşünce, algılama, dil kullanımı, davranış kontrolü, duygulanım gibi birçok alanı etkileyen belirtilerle tanımlanan, sosyal ve mesleki yeti yitimlerine yol açan, genellikle ergenlik veya erişkinliğin başında ortaya çıkan kronik bir rahatsızlıktır (1). Şizofrenide birincil tedavi antipsikotik ilaçlarla olmaktadır. Son yıllarda keşfedilen birçok yeni antipsikotik ajan olmasına karşın şizofrenide tedavi direnci halen klinisyenler için ciddi bir sorun olarak devam etmektedir (2).

Antipsikotik ilaçlar tedavide kullanılırken tek bir ajanın yeterli doz ve sürede verilmesi öncelikli olarak önerilmektedir. Tedavi algoritmaları yalnızca ilaç değişimi yapılırken ya da dirençli durumlarda ileri bir seçenek olarak klozapin veya kısmi etkili bir ilaca ekleme yapılması şeklinde birden fazla antipsikotikğin birlikte kullanılabilirliğini ifade etmektedir (3,4,5). Birden fazla antipsikotikğin birlikte kullanımının tekli kullanıma göre daha yararlı olduğuna dair yeterli bilimsel kanıt bulunamamıştır (6). Bununla birlikte son yıllarda klozapin ve aripiprazolün birlikte kullanımı gibi çeşitli ekleme tedavilerinin tekli kullanıma göre yararlı olabileceğini öne süren çalışmalar da yayınlanmıştır. Ancak çoklu antipsikotik kullanımının etkinliği ve güvenliğine dair kanıtlar hali hazırda yeterli görünmemektedir (7). Buna karşın klinik uygulamada ayaktan ve yatarak tedavi gören hastalarda çoklu antipsikotik kullanımının ülkemizde ve tüm dünyada oldukça yüksek olduğu, bazı çalışmalarda yüzde doksanların üzerinde olduğu anlaşılmaktadır (6,7,8,9,10).

Çoklu antipsikotik kullanımının bu kadar sık olmasında önceden devam eden tedaviyi kesme ile ilgili çekinceler, tekli ilaç kullanımında tedavi dozunu artırma ile ilgili endişeler, tedaviye direnç durumunda alınan yanıtın düşük olması, pozitif belirtileri hızla azaltma isteği gibi nedenler sayılabilir (7,11,12). Hastalarla ilgili olarak ise erkek cinsiyet, genç yaş, bekâr ve işsiz olma, psikopatoloji şiddetinin fazla olması, kalıntı psikotik belirtiler, iç görü azlığı, depo antipsikotik kullanımı gibi özelliklerin olası ilişkili faktörler olabileceği ifade edilmektedir (6). Çoklu antipsikotik kullanımının yararlılığı ve güvenilirliğiyle ilgili kanıtların yetersizliğiyle birlikte tedavi

kılavuzlarında önerilen algoritmaların günlük pratikteki ihtiyaçları karşılayamadığı klinik çalışmalarda yüksek antipsikotik kullanım oranlarından anlaşılabilmektedir. Çoklu ilaç kullanımının ilaç etkileşimleri, yan etkiler gibi tıbbi olduğu kadar yüksek maliyet, sağlık harcamalarında gereksiz artış gibi ekonomik sonuçları da dikkate alınmalıdır (13).

Tüm bunlar göz önüne alındığında Türkiye’de ve tüm dünyada hem tıbbi hem de sağlık harcamaları açısından çoklu antipsikotik kullanımı ile ilgili istatistiklerin tespit edilmesi, gerekçelerinin ve sonuçlarının iyi kavranması güncelliğini koruyan önemli bir konudur. Bu çalışmada üniversitemiz bünyesinde yer alan psikotik bozukluklar polikliniğinde izlenmekte olan hastaların kayıtlarının geriye dönük olarak taranmasıyla, sosyodemografik ve klinik özellikleri ile kullandıkları tedavilerin ilişkilerinin değerlendirilmesi, çoklu antipsikotik kullanımı ile ilişkili olabilecek özelliklerin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Çalışma için Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu’ndan onay alındıktan sonra 1 Temmuz-31 Aralık 2016 tarihleri arasında hastane psikotik bozukluklar izlem polikliniğine başvuran tüm olguların kayıtları geriye dönük olarak incelenmiştir. Bu birimde genel psikiyatri polikliniğinde veya yataklı psikiyatri servisinde psikotik bozukluklar grubundan bir tanı konmuş olan hastalar için dosya açılarak düzenli takibe alınmaktadır. Seçilen tarih aralığında ilgili polikliniğe başvuran tüm hastalar çalışmaya dâhil edilmiş olup herhangi bir dışlama kriteri belirlenmemiştir.

Hastaların kayıtlarında yer almakta olan demografik verileri, hastalık başlangıç yaşları, tanı ve eş tanıları, aile öyküleri, hastanede yatış öyküleri, alkol ve madde kullanım öyküleri, yaşam boyu elektrokonvulsif tedavi (EKT) ve klozapin kullanım öyküsü, halen almakta oldukları psikofarmakolojik tedavileri, en son başvurularındaki Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGİÖ) Hastalık Şiddeti ve Yan Etki Şiddeti değerlendirmeye alınmıştır.

Tablo 1. Hastaların psikiyatrik tanıları ve eş tanıları

Psikiyatrik tanıları	n	%
Şizofreni	150	63.6
Şizoafektif bozukluk	72	30.5
Sanrısız bozukluk	7	3.0
Maddenin yol açtığı psikotik bozukluk	5	2.1
Kısa psikotik bozukluk	2	0.8
Psikiyatrik eş tanıları		
Major depresif bozukluk	25	10.6
Obsesif kompulsif bozukluk	22	9.3
Tıbbi eş tanıları		
Diyabet	44	18.6
Hipertansiyon	30	12.7

Antipsikotik etkinliğin dışındaki nedenlerle verildiği anlaşılan dozlarda ilaç eklemeleri (keti-
apin için 300 mg/gün altı (n=13), klorpromazin için
200 mg/gün altı (n=6), hiperprolaktinemi için
eklenmiş 2,5-5 mg/gün aripiprazol (n=5) alan olgu-
lar) çoklu antipsikotik kullanımı olarak kabul
edilmemiştir. Ayrıca ilaç geçişi nedeniyle olduğu
anlaşılan, bir aydan kısa süreli çoklu ilaç kullanımı
olan hastalar (n=6) bu gruba alınmamıştır.

Klinik Global İzlenim Ölçeği (Clinical Global
Impressions Scale): Hastalığın şiddetini ya da
düzelmeyen derecesini Likert tipi sıralı
değerlendirmede klinisyenin yargısına göre
değerlendiren bir ölçektir. Bu çalışmada ölçeğin
hastalık şiddeti ile ilgili yedi dereceli ve yan etki
şiddeti ile ilgili dört dereceli formları kullanılmıştır
(14).

İstatistiksel Analiz

Çalışmanın verilerinin istatistiksel
değerlendirilmesi SPSS (Statistical Package for the
Social Sciences) 22.0 sürümü kullanılarak
yapılmıştır. Kesikli verilerin karşılaştırılmasında
Ki-Kare testi; sürekli verilerin karşılaştırılmasında
ise normal dağılıma uygunluklarına göre Student-t
testi veya Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Belirtilen süre içerisinde polikliniğimize 236 farklı

psikotik bozukluk tanılı hasta başvurmuştur. Bu
hastaların yaş ortalaması 41.25 (± 12.98) olarak
belirlenmiştir. Cinsiyet dağılımı ise %52.1 (n=123)
erkek ve %47.9 (n=113) kadın olarak şeklindedir.
Hastaların %80.1'i (n=189) herhangi bir işte
çalışmamaktadır. Ortalama hastalık başlangıç yaşı
27.19 (± 10.73) bulunmuştur. En küçük yaşta
başlayan olgunun hastalığının 13 yaşında, en ileri
yaşta başlayan olgunun ise hastalığının 64 yaşında
başladığı anlaşılmıştır. Hastaların %14.4'ünde
(n=34) ise ailede psikotik bozukluk öyküsü
bulunmaktadır. Ayrıca olguların %5.9'unda (n=14)
alkol kullanımı, %2.5'inde (n=6) madde kullanım
öyküsüne ulaşılabilmektedir.

Hastaların psikiyatrik tanıları ve sık görülen eş
tanıları ile ilgili oranlar Tablo 1'de özetlenmiştir.
Buna göre en sık görülen psikiyatrik eş tanıları
majör depresif bozukluk (%10.6), obsesif kompul-
sif bozukluk (%9.3), anksiyete bozuklukları (%4.5),
hafif düzeyde mental retardasyon (%3.8) olarak
tespit edilmiştir. En sık görülen diğer tıbbi eş
tanılar ise diyabet (%18.6), hipertansiyon (%12.7),
polikistik over sendromu (%3.4), konjestif kalp
yetmezliği (%2.5), astım (%2.1) olarak
bulunmuştur. Fakat hem psikiyatrik hem de tıbbi eş
tanılar ile ilgili bu oranlar muhtemelen tıbbi
kayıtların eksikliğinden ötürü gerçeği
yansıtmamaktadır. Gerçekte bu oranlar çok daha
yüksek olabilir.

Mevcut kayıtlardan ulaşılabildiği kadarıyla, incele-
nen olguların %66.1'inin (n=156) en az bir kez
yatışının bulunduğu anlaşılmıştır. Hastaların
merkezimizdeki ortalama yatış sayısı 1.51 (± 1.891),
en fazla yatışı olan olgunun yatış sayısı 11 kez
olarak bulunmuştur. Olguların %27.5 (n=65)
kadarı hastalığının bir döneminde EKT tedavisi
almış, %8.5 (n=20) kadarı ise bir dönem klopazin
kullanmıştır. %6.3 (n=15) hasta ise hali hazırda
klopazin kullanmaktadır.

Hastaların kullanmakta olduğu mevcut tedavilere
bakıldığında yalnızca %23.3'ünün (n=55) tek bir
antipsikotik ilaç kullanmakta olduğu, geri
kalanların en az iki adet antipsikotik ilaç kullandığı
tespit edilmiştir. Hastaların %64.8'i (n=153) en az
bir adet uzun etkili parenteral antipsikotik
kullanmaktadır. Hastaların kullandığı oral ve pa-

renteral ilaçlar ile tercih edilen kombinasyonların dağılımı Tablo 2 ve Tablo 3’de gösterilmiştir. Yalnızca şizofreni tanısı olan hastalara (n=150) bakıldığında ise %77.3 (n=116) çoklu antipsikotik, %58.7 (n=62) uzun etkili antipsikotik, %4 (n=6) duygudurum düzenleyici, %26.7 (n=40) antidepresan kullanım oranı tespit edilmiştir.

Olguların son değerlendirmesine göre KGİÖ-Hastalık Şiddeti ortalama puanı 3,60 (±0,98) bulunurken Yan Etki Şiddeti puanlarına göre %61.9 (n=136) hastada 1 puan ve üzerinde değerlendirilmiştir. Hastaların %50.4’ ünün (n=119) KGİÖ-Hastalık Şiddeti puanı 4 ve üzeri olarak belirlenmiştir.

Çoklu ve tekli antipsikotik kullanan hastalar karşılaştırıldığında ise yaş, cinsiyet, hastalık başlangıç yaşı, EKT öyküsü, uzun etkili antipsikotik kullanımı, hastanede yatış sayıları, son yatışlarındaki ortalama gün sayısı, KGİÖ hastalık şiddeti ve yan etki puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 4).

TARTIŞMA

Çalışmanın bulguları özetlendiğinde hastaların %76.7’ sinin en az iki adet antipsikotik kullandığı, en çok tercih edilen kombinasyonun klozapin dışı iki adet atipik antipsikotik kullanımı şeklinde olduğu, hastaların yalnızca %6.3’ünün klozapin kullanmakta olduğu anlaşılmıştır. Çoklu antipsikotik kullananlarda erkek cinsiyet, hastalık şiddeti, EKT ve uzun etkili antipsikotik kullanım oranları, hastanede yatış sayısı ve süresinin anlamlı olarak daha yüksek; hastalık başlangıç yaşının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Çoklu antipsikotik

Tablo 2. Hastaların kullandığı oral ve parenteral ilaçların dağılımı

Oral İlaçlar	n	%
Olanzapin	85	38.0
Ketiapin	58	24.6
Amisülpinid	57	24.2
Aripiprazol	56	23.7
Risperidon	31	13.1
Paliperidon	21	8.9
Biperiden	89	37.7
Antidepresan	63	26.7
Duygudurum düzenleyici	61	25.8
Uzun Etkili Antipsikotikler		
Paliperidon	58	24.4
Zuklopentiksöl	39	16.4
Risperidon	35	14.8
Flupentiksöl	20	8.2
Haloperidol	14	5.9

Tablo 3. Antipsikotik kombinasyonlarının dağılımı

İlaç kombinasyonları	n	%
İKAP	51	21.6
BKAP	4	1.7
BKAP+İKAP	37	15.7
İKAP+İKAP	72	30.5
BKAP+BKAP	1	0.4
Klozapin+Antipsikotik	8	2.5
İkiden fazla antipsikotik	65	27.5

İKAP: İkinci kuşak antipsikotik;

BKAP: Birinci kuşak antipsikotik

kullanımı ve klozapin kullanım oranları ile ilgili bulgular literatür eşliğinde tartışılacak, gerekçeleri ve sonuçları anlaşılmaya çalışılacaktır.

Bu çalışmada tüm hastalar için %76.7, şizofreni hastaları için %77.3 olarak belirlenen çoklu antipsikotik kullanım oranının literatürde farklı coğrafyalarda yapılan çalışmalarda da yüksek olduğu görülmüştür. Buna göre şizofreni hastalarında iki antipsikotik ilacın birlikte kullanılma sıklığının %10-75 arasında değiştiği anlaşılmaktadır (15). Asya ülkelerinde yapılan kapsamlı bir araştırmada 15 ülkeden elde edilen verilerde şizofreni hastalarının ortalama %42.2 oranla çoklu antipsikotik kullandığı bulgusuna ulaşılmıştır (16). Ülkemizde farklı merkezlerde yapılan çalışmalarda çoklu antipsikotik kullanımı oldukça yüksek oranlarda (%40-75) bulunmuştur (8, 9, 10, 17, 18, 19). Çalışmamızdaki verilerin çoklu antipsikotik kullanımının yüksek olması açısından literatür ile benzer özellikler gösterdiği söylenebilir.

Tedavi algoritmalarının önerilerinde kısıtlı yer kaplamasına rağmen çoklu antipsikotik kullanımının ülkemizde ve dünyada bu denli yoğun olmasının nedenlerinin anlaşılması gerekmektedir. Araştırmalara bakıldığında klinisyenlerin çoklu antipsikotik tercih etme gerekçeleri; ilk basamak tedavilerin yeterli yanıt vermemesi, hızlı yanıt alma beklentisi, hastalık ciddiyeti, yüksek antipsikotik dozlarında ortaya çıkabilecek yan etkilerden kaçınma, ilaç geçiş sürecinde hastanın klinik durumunda meydana gelen düzelmenin kaybedilmesi endişesi, alevlenme sırasında başlanan tedavilerin atak sonrasında da kesilmemesi, hastanın klozapini tolere edememesi, devam eden antipsikotikten yanıt alınamayınca klozapine veya farklı bir antipsikotige geçmek yerine hızla ekleme yapmak, ekonomik endişeler ve tedavi kılavuzlarının kullanımına şüpheli yaklaşımlar olarak sıralanmıştır (11,20,21,22,23,24,25). Ayrıca bir

Tablo 4. Tekli ve Çoklu Antipsikotik Kullanan Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırması

	Tekli antipsikotik kullananlar (n=55)	Çoklu antipsikotik kullananlar (n=181)	p
Sosyodemografik ve klinik özellikler	n (%)	n (%)	
Cinsiyet/Kadın	33 (60.0)	80 (44.2)	0.04*
Çalışma durumu/Çalışan	9 (16.4)	38 (21.0)	0.451*
Aile öyküsü varlığı	5 (9.1)	29 (16)	0.2*
EKT öyküsü varlığı	6 (10.9)	58 (32)	0.002*
Klozapin kullanım öyküsü	2 (3.6)	18 (9.9)	0.141*
Depo antipsikotik kullanımı	14 (25.5)	139 (76.8)	<0.001*
	(Ort±SS)	(Ort±SS)	
Yaş	46.11±1.89	39.78±0.91	0.003**
Hastalık başlangıç yaşı	32.24±1.83	25.66±0.68	0.001**
Hastanede yatış sayısı	0.87±0.96	1.69±2.06	0.017**
Son yatışın süresi	19.97±9.25	27.82±14.23	0.002**
	(n=32)	(n=123)	
KGİÖ Hastalık Şiddeti	3.18±0.14	3.73±0.7	<0.001**
KGİÖ Yan Etki Şiddeti	1.65±0.12	1.93±0.6	0.009**

*: Ki-kare test, **: Mann-Whitney U test, p<0.05 anlamlı kabul edilmiştir.

araştırmada uzun süredir çalışan ve hasta yoğunluğu fazla merkezlerde çalışan klinisyenlerin daha fazla çoklu antipsikotik tercih ettiği dikkat çekmiştir (11). Çoklu antipsikotik kullanımının hasta ile ilişkili özellikleri olarak; genç yaş, psikotik belirtilerin şiddeti, geçmişte klozapin ve uzun etkili antipsikotik kullanım öyküsü ile sık poliklinik başvurusu gösterilmiştir (8,26). Ülkemizdeki bir araştırmada Toplum Ruh Sağlığı Merkezi tabibindeki şizofreni hastalarının çoklu antipsikotik kullanımı klinik şiddet (KGİÖ skoruna göre) ve uzun etkili antipsikotik kullanımı ile ilişkili bulunmuştur (8). Çalışmamızın verilerine hasta özellikleri açısından bakıldığında; düşük yaş, düşük hastalık başlangıç yaşı, KGİÖ-hastalık şiddeti skoru, uzun etkili antipsikotik kullanımı ve EKT öyküsünün çoklu antipsikotik kullanan anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca çalışmamızdaki klinisyen grubunu en az iki yıldır psikiyatri alanında çalışan, öğretim üyesi denetiminde hasta değerlendiren uzmanlık öğrencileri oluşturmaktadır.

Teorik olarak birçoğu birbirine yakın etki mekanizmaları olan antipsikotiklerin kombine kullanımının tek bir ilacın yüksek dozunu kullanmaya göre üstünlük sağlaması için rasyonel bir neden bulmak zordur (27). Güncel derlemeler antipsikotik kombinasyonları için etkinlik ve güvenlik çalışmalarının kanıt düzeylerinin yeterli olmadığına vurgu yapmaktadır. Bununla birlikte örneğin aripiprazol eklemesi gibi bazı kombinasyonların negatif belirtileri azaltmada kabul edilebilir ve yineleyen sonuçlar verdiği ifade edilmektedir (24). Yeterli kanıt olmamasına karşın

sık tercih edildiği anlaşılan çoklu antipsikotik kullanımının yol açtığı sonuçlar da gözden geçirilmelidir. Bu sonuçlar arasında farmakokinetik etkileşimler, artmış yan etki riski, tedavi yanıtı ve yan etkinin hangi ilaçla ilişkili olduğunun değerlendirilmesindeki zorluk, tedavi uyumunun bozulması, toplam antipsikotik doz yükünün artışı gösterilebilir (28, 29, 30). Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanımlı hastalarda ilaç etkileşim riskinin tartışıldığı bir çalışmada en sık tercih edilen kombinasyon çalışmamızdakine benzer şekilde iki adet atipik antipsikotik olarak belirlenmiş, ilaç etkileşim riski taşıyan hastaların oranı %71.7 olarak bulunmuştur. Bu çalışma da bize çoklu ilaç kullanımında ilaç sayısı arttığında etkileşim riskinin öngörülmesi güç şekilde karmaşıklaşacağına işaret etmektedir (19). Verilerimizde görülen yüksek antipsikotik kullanım oranlarına göre çalışmamızdaki hasta grubunda da söz konusu etkileşimlerin karmaşık olabileceğini söyleyebiliriz. Hastalarda en sık görülen tıbbi eş tanıların diyabet ve hipertansiyon gibi antipsikotik kullanımı ile ilişkili olabilecek metabolik durumlar olduğu görülmektedir. Ancak ileride kısıtlılıklarda da söz edileceği gibi tıbbi kayıtların yetersizliğinden dolayı verilerimiz bu açıdan gerçeği yansıtmıyor olabilir.

Çoklu antipsikotik kullanımı ayrıca sağlık harcamalarının yükü açısından da ele alınmalıdır. Klinik takip çalışmaları taburculuk sonrasında çoklu antipsikotik kullanan hastaların tekli kullananlara göre daha fazla yineleyen hastane başvurularının olduğunu, daha uzun süre hastanede kalma ve yüksek tedavi harcamalarıyla ilişkili olduğunu göstermiştir (27). Bizim

çalışmamızda da çoklu antipsikotik kullanımı olan hastaların geçmiş yatış sayısı ve son yatışındaki ortalama hastanede kalma süresi anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Ancak bunun çoklu antipsikotik kullanan hastaların klinik durumu ile ilgili bir özellik mi yoksa yüksek ilaç kullanımının bir sonucu mu olduğu belirsizdir.

Çoklu antipsikotik kullanımının istenmeyen sonuçlarının yanı sıra mortalite riski ile ilişkili olmadığını gösteren çok sayıda geniş kapsamlı, toplum temelli çalışmalar da bulunmaktadır (27). Bir çalışmada çoklu antipsikotik kullanımında tedavi düzensizliği ve istenmeyen etkilerin tekli kullanım ile benzer olduğu gösterilmiştir (31). Ayrıca iki farklı derlemede çoklu antipsikotik kullanımında metabolik yan etkiler, ekstrapiramidal veya nörobilişsel belirtiler açısından farklılık bulunmamıştır (32, 33). Bu verilerin zaten yüksek oranlarda olan çoklu antipsikotik kullanımını teşvik edici olması açısından değilse de, güncel kılavuzların düzenlenmesi açısından dikkate alınması gerekmektedir.

Çalışmamızla ilgili tartışılması gereken diğer bulgu ise yaşam boyu klozapin kullanımı oranının %8.5 ve halen kullananların oranının % 6.3 olmasıdır. Klozapin iki farklı antipsikotik ilacın etkin doz ve sürede kullanılmasına karşın halen yeterli iyileşme sağlanamadığında tercih edilmesi önerilen bir ajandır. Bu iyileşmenin kriterlerinden biri çalışmamızda da kullanılan KGİÖ-Hastalık şiddetinin dördün altına düşmesidir. Çalışmada KGİÖ-Hastalık şiddeti ≥ 4 olan hastaların %50.4 oranında olduğu düşünüldüğünde klozapin tedavi oranının düşük olduğu söylenebilir. Tedaviye dirençli hastalarda çoklu antipsikotik kullanımı ile ilgili öneriler de çoğunlukla klozapin ile bir antipsikotik ilacın kombine edilmesi şeklindedir (27). Çoklu antipsikotik kullanımının çokluğuna karşılık klozapin kullanımından kaçınılması, klinik pratiğin bu önerilerle de uyumlu olmadığını göstermektedir. Klozapin tedavisiyle ilgili literatürdeki verilere bakıldığında da benzer kaçınmaların mevcut olduğu görülmektedir. Tedaviye dirençli şizofrenide altın standart olmasına karşın Türkiye'deki klozapin kullanım oranları %2-10 arasında kaldığı ifade edilmektedir. Öte yandan 2013-2014 yılı verilerinde Türkiye'de yazılan klozapin reçetelerinin oranı tüm antipsikotikler içinde

%2.3 iken (34); yakın zamanda yapılan bir çalışmada oral antipsikotik alan hastaların %15.46'sında klozapin kullanımının görülmesi bu oranların giderek artabileceğine dair fikir vermektedir (35). Yurtdışında yapılan bir çalışmada da psikiyatristlerin %64'ünün tedaviye dirençli şizofrenide klozapin monoterapisi yerine diğer antipsikotiklerin çoklu kullanımını tercih ettikleri belirtilmiştir (36). Kanıta dayalı tedavi kılavuzlarına rağmen klozapin tedavisine başlamada ortalama 29 aydan 5 yıla kadar gecikme olduğu ve gecikmenin tedavi yanıtını azalttığı belirtilmektedir (37). Araştırmalar bu gecikmenin hastalara ait özelliklerden çok klinisyenlerin tutumlarından kaynaklandığını göstermektedir (38). Hem çalışmamızdaki oranlarda hem de literatürde görülen klozapin tedavisinden kaçınmanın nedenlerinin de anlaşılması gerekir. Bunlardan en önemlisi düzenli kan sayımı takibini gerektiren agranülositoz riskidir (39). Bunun dışında metabolik yan etkiler, kardiyak riskler, epileptik nöbet eşiğinin düşmesi yanında hipersalivasyon, sedasyon gibi hastanın günlük yaşamını etkileyen istenmeyen etkiler klinisyenlerin tercihlerini etkilemektedir (34). Çalışmamızın verilerinin elde edildiği dosyalarda klozapin tercih edilmeme gerekçeleri ve ilaç yan etkilerine dair düzenli tıbbi kayıtlar yer almamaktadır.

Klinisyenlerin antipsikotik reçeteleme pratiklerinin üzerinde yoğun çalışılması gereken bir konu olduğu anlaşılmaktadır. Çoklu antipsikotikten monoterapiye geçiş yapılan hastalarda hastalık şiddeti ve yan etkilerin değerlendirildiği çalışmaların bir kısmında, monoterapiye geçişin olumsuz sonuçlarla karşılaşmadan güvenle yapılabileceği gösterilmiştir (40, 41, 42). Buna karşılık klinik pratikteki ihtiyaçlar göz önüne alındığında bazı kaçınılmaz durumlarda çoklu antipsikotik kullanımıyla ilgili kılavuzların standartlar üzerinde çalışması ve düzenlemeler yapması gerektiği belirtilmektedir (24). Çalışmamız da bu ihtiyaçları vurgulaması ve çoklu antipsikotik kullanımı ile ilişkili olabilecek özellikleri araştırması açısından önemlidir.

Geriye dönük inceleme şeklinde bir araştırma olması, hastane kayıtları ile ilgili yetersizliklerden dolayı sosyodemografik ve klinik özellikler ile hastalıkla ilgili ölçeklerde eksiklik olması, hastalık şiddetinin izlendiği tek ölçeğin KGİÖ olması bu

çalışmanın kısıtlılıklarındandır. Kayıtların yetersizliği nedeniyle eş tanılar ile ilgili oranlar da gerçeği yansıtmayacak biçimde düşük bulunmuştur. Çoklu antipsikotik kullanımına yol açabilecek bir neden olarak psikiyatrik eş tanılar ve çoklu ilaç kullanımının bir sonucu olarak ortaya çıkabilecek tıbbi eş tanılar, yan etkiler ile ilgili verilerin eksikliği önemli bir kısıtlılıktır. Ayrıca çalışma bir üniversite kliniğinin en az iki yıldır psikiyatri alanında çalışan uzmanlık öğrencilerinin öğretim üyesi denetiminde hasta değerlendirdiği bir izlem polikliniğinden toplanan veriler ile yapılmış olup devlet hastaneleri veya ruh sağlığı hastanelerine göre farklı nitelikte klinisyen ve hasta grubunu temsil ediyor olabilir. Ülkenin farklı bölgeleri ve kurumlarında, standart sosyodemografik ve klinik kayıtları içeren geniş kapsamlı çalışmalara ve bu çalışmalardan elde edilecek bulguların ışığında klinik pratiğe yönelik güncel önerilere ihtiyaç bulunmaktadır.

SONUÇ

Sonuç olarak bu çalışmanın bulguları çoklu antipsikotik kullanımının literatürle benzer şekilde kılavuzların önerilerinin çok üzerinde olduğunu

göstermektedir. Ayrıca kanıta dayalı birçok veri olmasına karşın klopazin kullanımının beklenenden düşük olduğu anlaşılmaktadır. Ülkemizde yapılan bir araştırmada toplum ruh sağlığı merkezindeki bir yıllık izlem sonucunda çoklu ilaç kullanımında ve toplam antipsikotik dozunda değişim saptanmamıştır (43). Bu tür değişikliklerin yalnızca klinisyenlerin pratiklerine öneriler sunarak yapılamayacağı, geniş kapsamlı düzenlemeler ve müdahalelere ihtiyaç olduğu anlaşılmaktadır. Bununla ilgili şizofreni hastalarının yoğun olarak takip edildiği ruh sağlığı hastaneleri, toplum ruh sağlığı merkezleri, bakım merkezleri gibi kurumlardan geniş kapsamlı verilerin toplanarak klinisyenlerin ihtiyaçlarının ve endişelerinin anlaşılması, ortak çözüm yöntemlerinin ve algoritmaların geliştirilmesi etkinlik, güvenilirlik ve sağlık maliyetleri açısından oldukça önemli ve öncelikli bir gereksinimdir.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr. Şahabettin Çetin, Denizli Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Denizli, Türkiye
sahabettincetin@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Atbaşoğlu C. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Esen-Danacı A, Böke Ö, Saka MC, Erol A, Ulusoy-Kaymak S. (Ed) 2. Baskı, Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2018, 73.
2. Görmez A, Kurtulmuş A, Tuncer C, Çıtak S. Prescribing trends in treatment-resistant schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology* 2017; 27:4, 419-426.
3. Taylor D, Paton C, Kapur S. The Maudsley, The South London And Maudsley NHS Foundation Trust Oxleas NHS Foundation Trust Prescribing Guidelines. Tenth ed., London: Informa Healthcare, 2009.
4. Moore TA, Buchanan RW, Buckley PF, Chiles JA, Conley RR, Crismon ML, Essock SM, Finnerty M, Marder SR, Miller del D, McEvoy JP, Robinson DG, Schooler NR, Shon SP, Stroup TS, Miller AL. The Texas Medication Algorithm Project. Antipsychotic algorithm for.
5. Üçok A, Soygür H. Şizofreni Tedavi Kılavuzu. 2. Baskı, Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2010.
6. Fleischacker WW, Uchida H. Critical review of antipsychotic polypharmacy in the treatment of schizophrenia. *Int J Neuropsychopharmacol* 2014; 17: 1083-1093.
7. Tiihonen J, Taipale H, Mehtala J. Association of Antipsychotic Polypharmacy vs Monotherapy With Psychiatric Rehospitalization Among Adults With Schizophrenia. *JAMA Psychiatry* 2019; 76:499-507.
8. Yazici E, Cilli AS, Yazici AB, Baysan H, Ince M, Bosgelmez S, Bilgic S, Aslan B, Erol A. Antipsychotic Use Pattern in Schizophrenia Outpatients: Correlates of Polypharmacy. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2017; 13:92-103.
9. Ersan EE, Yildiz M. Antipsychotic Use Pattern in People with Psychotic Disorder Living in Board and Care Facilities. *Arch Neuropsychiatr* 2015; 52: 145-50.
10. Ceylan D, Yeşilyurt S, Akdede BB, Sayın Z, Alptekin K. Şizofreni tedavisinde çoklu antipsikotik kullanımının belirtiler, yan etkiler ve yaşam niteliği ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2016; 17:433-441.
11. Correll CU, Shaikh L, Gallego JA, Nachbar J, Olshansky V, Kishimoto T, Kane JM. Antipsychotic polypharmacy: a survey study of prescriber attitudes, knowledge and behavior. *Schizophr Res*. 2011; 131: 58-62.
12. Biancosino B, Barbui C, Marmai L, Donà S, Grassi L. Determinants of antipsychotic polypharmacy in psychiatric inpatients: a prospective study. *Int Clin Psychopharmacol* 2005; 20: 305-309.
13. Rupnow MFT, Greenspan A, Gharabawi GM, Kosik-Gonzalez C, Zhu Y, Stahl SM. Incidence and costs of polypharmacy: data from a randomized, double-blind, placebo-controlled study of risperidone and quetiapine in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Curr Med Res Opin* 2007; 23: 2815-2822.
14. Busner J, Targum SD. The Clinical Global Impressions Scale Applying a Research Tool in Clinical Practice. *Psychiatry (Edmont)*. 2007; 4: 28-37.

15. Längle G, Steinert T, Weiser P, Schepp W, Jaeger S, Pfiffner C, Frasch K, Eschweiler GW, Messer T, Croissant D, Becker T, Kilian R. Effects of polypharmacy on outcome in patients with schizophrenia in routine psychiatric treatment. *Acta Psychiatr Scand* 2012; 125: 372-81.
16. Yang SY, Chen LY, Najoo E, Kallivayalil RA, Viboonma K, Jamaluddin R, Javed A, Hoa DTQ, Iida H, Sim K, Swe T, He YL, Park Y, Ahmed HU, De Alwis A, Chiu HF, Sartorius N, Tan CH, Chong MY, Shinfuku N, Lin SK. Polypharmacy and psychotropic drug loading in patients with schizophrenia in Asian countries: Fourth survey of Research on Asian Prescription Patterns on antipsychotics. *Psychiatry Clin Neurosci* 2018;72:572-579.
17. Özalmete ÖA, Ceylan ME, Özalmete EO, Sevim ME. Antipsychotic polypharmacy in schizophrenic inpatients. *Arch Neuropsychiatr* 2010; 47:23-28.
18. Yenilmez Ç, Güleç G, Büyükkınacı A, Dayı A, Turgut H, Tekin-Uludağ Y, Akbaba S. Bir Üniversite Hastanesinde Yatarak Tedavi Gören Hastalarda Çoklu İlaç Kullanımı: Geriye Dönük Bir Çalışma. *Dusunen Adam* 2012; 25: 42-50.
19. Balci-Sengul MC, Karadag F, Sengul C, Karakulah K, Kalkanci O, Herken H. Risk of Psychotropic Drug Interactions in Real World Settings: a Pilot Study in Patients with Schizophrenia and Schizoaffective Disorder. *Klinik Psikofarmakol Bülteni* 2014; 24:3, 235-247.
20. Tapp A, Wood AE, Secrest L, Erdmann J, Cubberly L, Kilzieh N. Combination antipsychotic therapy in clinical practice. *Psychiatr Serv* 2003; 54: 55-59.
21. Barnes TR, Paton C. Antipsychotic polypharmacy in schizophrenia: benefits and risks. *CNS Drugs* 2011; 25: 383-399.
22. Ito H, Koyama A, Higuchi T. Polypharmacy and excessive dosing: psychiatrists' perceptions of antipsychotic drug prescription. *Br J Psychiatry* 2005; 187:243-247.
23. Kishimoto T, Watanabe K, Uchida H, Mimura M, Kane JM, Correll CU. Antipsychotic polypharmacy: a Japanese survey of prescribers' attitudes and rationales. *Psychiatry Res* 2013; 209: 406-411.
24. Lin CH, Wang FC, Lin SC, Huang YH, Chen CC, Lane HY. Antipsychotic combination using low-dose antipsychotics is as efficacious and safe as, but cheaper, than optimal-dose monotherapy in the treatment of schizophrenia: a randomized, double-blind study. *Int Clin Psychopharmacol* 2013; 28: 267-274.
25. Malandain L, Thibaut F, Grimaldi-Bensouda L, Falissard B, Abenham L, Nordon C. Correlates and predictors of antipsychotic drug polypharmacy in real-life settings: results from a nationwide cohort study. *Schizophr Res* 2018; 192: 213-218.
26. Kadra G, Stewart R, Shetty H, Downs J, MacCabe JH, Taylor D, Hayes RD. Predictors of long-term (≥ 6 months) antipsychotic polypharmacy prescribing in secondary mental healthcare. *Schizophr Res* 2016;174:106-112.
27. Baandrup L. Polypharmacy in schizophrenia. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2020;126:183-192.
28. Barbui C, Biancosino B, Esposito E, Marmai L, Dona S, Grassi L. Factors associated with antipsychotic dosing in psychiatric inpatients: a prospective study. *Int Clin Psychopharmacol* 2007; 22: 221-225.
29. Centorrino F, Goren JL, Hennen J, Salvatore P, Kelleher JP, Baldessarini RJ. Multiple versus single antipsychotic agents for hospitalized psychiatric patients: case-control study of risks versus benefits. *Am J Psychiatry* 2004;161:700-706.
30. Kreyenbuhl J, Valenstein M, McCarthy JF, Ganoczy D, Blow FC. Long-term combination antipsychotic treatment in VA patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2006;84:90-99.
31. Galling B, Roldan A, Rietschel L, Hagi K, Walyszada F, Zheng W, Cao XL, Xiang YT, Kane JM, Correll CU. Safety and tolerability of antipsychotic co-treatment in patients with schizophrenia: results from a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Expert Opin Drug Saf* 2016; 15: 591-612.
32. Ijaz S, Bolea B, Davies S, Savović J, Richards A, Sullivan S, Moran P. Antipsychotic polypharmacy and metabolic syndrome in schizophrenia: a review of systematic reviews. *BMC Psychiatry* 2018; 18:275.
33. Matsui K, Tokumasu T, Takekita Y, Inada K, Kanazawa T, Kishimoto T, Takasu S, Tani H, Tarutani S, Hashimoto N, Yamada H, Yamanouchi Y, Takeuchi H. Switching to antipsychotic monotherapy vs. staying on antipsychotic polypharmacy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* 2019; 209:50-57.
34. Çetin M, Köse S. Klozapin tedavilerine karşı güncellenmiş klozapin ile tedavi kılavuzu. *Journal of Mood Disorders* 2016; 6: 242-255.
35. Şafak Y, Bulut S, Karadağ H, Orsel S. Psikotik bozukluk tanımlı hastalarda uzun etkili, oral ve kombinasyon antipsikotik tedavilerinin değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2002; 23: 72-82.
36. Duggan A, Warner J, Knapp M, Kerwin R. Modelling the impact of clozapine on suicide in patients with treatment-resistant schizophrenia in the UK. *Br J Psychiatry* 2003;182:505-8.
37. Üçok A, Çikrikçi U, Karabulut S, Salaj A, Öztürk M, Tabak Ö, Durak R. Delayed initiation of clozapine may be related to poor response in treatment-resistant schizophrenia. *Int Clin Psychopharmacol* 2015; 30(5):290-5.
38. Thien K, O'Donoghue B. Delays and barriers to the commencement of clozapine in eligible people with a psychotic disorder: a literature review. *Early Interv Psychiatry* 2019;13:18-23.
39. Khokhar JY, Henricks AM, Sullivan EDK, Green AI. Unique effects of clozapine: a pharmacological perspective. *Adv Pharmacol* 2018; 82:137-162.
40. Essock SM, Schooler NR, Stroup TS, McEvoy JP, Rojas I, Jackson C, Covell NH; Schizophrenia Trials Network. Effectiveness of switching from antipsychotic polypharmacy to monotherapy. *Am J Psychiatry* 2011; 168:702-708.
41. Borlido C, Remington G, Graff-Guerrero A, Arenovich T, Hazra M, Wong A, Daskalakis ZJ, Mamo DC. Switching from 2 antipsychotics to 1 antipsychotic in schizophrenia: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 2016;77:e14-e20.
42. Mace S, Taylor D. Reducing the rates of prescribing high-dose antipsychotics and polypharmacy on psychiatric inpatient and intensive care units: results of a 6-year quality improvement programme. *Ther Adv Psychopharmacol* 2015;5:4-12.
43. Tabo A, Aydın E, Karamustafaloğlu O, Yumrukçal H, Uzun E, Ülgen C. Bir toplum ruh sağlığı merkezinin antipsikotik polifarmasisi üzerine etkisi: Şizofreni hastalarının 12 aylık izlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2016;17: 292-299.

Yaşam doyumu ve öznel zindeliğin COVID-19 korkusu ile problemli internet kullanımı arasındaki aracılık ilişkisi

The mediation relationship between life satisfaction and subjective vitality fear of COVID-19 and problematic internet use

Adem Peker¹, Serkan Cengiz², Melike Nebioğlu Yıldız³

¹Doç. Dr., Atatürk Üniversitesi, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık AD, Erzurum, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-3594-9166>

²Psk. Dan., Erzurum Yakutiye Rehberlik ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü, Erzurum, Türkiye <https://orcid.org/0000-0001-9070-6338>

³Doç.Dr. Mersin Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Mersin, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-5901-0364>

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı ergenlerde COVID-19 korkusu ile problemli internet kullanımı arasındaki ilişkide yaşam doyumu ve öznel zindeliğin aracı rolünü incelemektir. **Yöntem:** Araştırmanın katılımcıları Türkiye’de 532 ergenden (304 kadın, 228 erkek) oluşmaktadır. Araştırmada, COVID-19 Korkusu Ölçeği, Yaşam Doyumu Ölçeği, Öznel Zindelik Ölçeği, Problemli İnternet Kullanımı Ölçeği kullanılmıştır. COVID-19 salgını nedeniyle okullarda yüz yüze eğitim yapılmadığı için veriler çevrimiçi olarak toplandı. Bunun için Google Formlar aracılığıyla hazırlanan çevrimiçi veri toplama aracılığıyla ölçekler katılımcılara gönderildi. **Bulgular:** Ergenlerin COVID-19 korkusu ile yaşam doyumu, öznel zindelik, problemli internet kullanımı arasındaki ilişkileri Pearson korelasyon analizi ile saptandı. Analiz sonucunda problemli internet kullanımının COVID-19 korkusu ile pozitif, yaşam doyumu ve öznel zindelik ile negatif yönde, düşük düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. COVID-19 korkusu ile yaşam doyumu ve öznel zindelik arasında düşük düzeyde, negatif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu gözlenmektedir. Regresyon analizi kullanılarak yaşam doyumu ve öznel canlılığın COVID-19 korkusu ile problemli internet kullanımı arasındaki aracılık ilişkisi incelendi. Araştırmada aracılık etkileri test etmek için Hayes (2009) tarafından geliştirilen Process makro kullanılarak gerçekleştirildi. Bu yöntemde 5000 yeniden örnekleme yöntemi seçildi. **Sonuç:** Çalışmanın sonuçları, yaşam doyumu ve öznel canlılığın COVID-19 korkusu ile problemli internet kullanımı arasındaki ilişkide aracılık ettiğini göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: COVID-19, yaşam doyumu, öznel zindelik, internet bağımlılığı

SUMMARY

Objective: This aim is to examine the mediating role of life satisfaction and rotating vitality in the relationship between fear of COVID-19 and problematic internet use in adolescents. **Method:** The participants in Turkey to 532 adolescents (304 females, 228 males) are formed. In the study COVID-19 Fear Scale, Life Satisfaction Scale, Subjective Vitality Scale, and Problematic Internet Use Scale were used. Due to the COVID-19 outbreak, education was not held in schools, so data were collected online. For this, scales were sent to the participants through online data collection prepared via Google Forms. **Results:** Relationships between adolescents' fear of experiencing coronavirus and their life satisfaction, fitness, and problematic internet use were determined by Pearson correlation analysis. It is seen that the problematic internet use has a positive relationship with the fear of COVID-19, a negative relationship with life satisfaction and other vitality, and low follow-up. It is observed that there is a low level, negatively significant relationship between COVID-19 and life satisfaction and vitality. Regression analysis examined the mediating relationship between life satisfaction and age's fear of COVID-19 and internet use. The research was performed by Hayes (2009) to test the mediating effect. The process was carried out in the macro mirror. In this method, 5000 resampling method was chosen. **Discussion:** Their results mediate the relationship between life satisfaction and health fear of COVID-19 and problematic internet use.

Key Words: COVID-19, life satisfaction, subjective vitality, internet addiction

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2021;24: 199-206)

DOI: 10.5505/kpd.2020.92259

GİRİŞ

COVID-19 pandemisi, 2019 Aralık ayı sonunda başlayan ve içinde bulunduğumuz dönemde de küresel bir şekilde dünya üzerinde etkisini gösteren bir salgın durumu olarak bilinmektedir (1). Dünya Sağlık Örgütü'nde (WHO) COVID-19 hastalığını; İnsanların akut solunumunu ciddi bir şekilde etkileyen sendrom olarak tanımlamaktadır. COVID-19 hastalığı ile mücadelede alınan önlemlerin en başında karantina ve izolasyon uygulamaları gelmektedir. Uzun süreli alınan karantina ve izolasyon tedbirleri insanların duygusal durumunu olumsuz etkilemektedir. Sevdığı bireyin kaybı, sosyal yaşam koşullarında değişim, hastalığa yakalanma korkuları, evde can sıkıntısı gibi durumlar insanların kaygı ve stres düzeylerini daha da artırmıştır (2,3). COVID-19 korkusuyla birlikte artan kaygı ve stres durumu da, uzun süreli evde kalmaya bağlı olarak yaşam tarzında değişikliklere yol açmaktadır. Hissedilen hastalığa yakalanma korkusu ve yaşam tarzındaki değişikliklere bağlı olarak görülebilecek sorunlardan birisi de problemli internet kullanımınıdır.

Problemli internet kullanımı, bireylerde artan stres, sosyal iletişim bozukluğu ve depresyona etkileri olabilen, ruhsal ve sosyal işlevsellikte ciddi bozulmalara yol açan, insan ile teknoloji etkileşiminde sorunlu bir davranış olan internet kullanımına, psikolojik bağımlılığı ifade etmektedir (4,5). DSM-V olmak üzere, tanınmış diğer birçok tanı kılavuzunda patolojik internet bağımlılığının tanı kriterleri bulunmamaktadır. Ancak ilgili bozukluğa yönelik yapılan araştırmalar incelendiğinde, internet bağımlılığının tipik patolojik davranışları arasında; İnterneti kullanım süresinde artış, internetten uzak kaldığında yoksunluk belirtileri, internetin belirli bir işlevine yönelik aşırı kullanım, ruh hali değişiklikleri, geri çekilme davranışları yer almaktadır (6,7).

İnternetin patolojik kullanımının bir ruh sağlığı problemine dönüştüğü gruplardan biriside ergenlerdir (8). Pandemi sürecinde artan vaka sayıları, COVID-19 yakalanma korkusu ve gelecek hakkında artan belirsizlik duyguları ergenlerde problemli internet kullanımını artırmıştır (9). Çünkü salgın hastalıklar olmak üzere diğer zorlu yaşam dönemlerinde pozitif duygulanımların sınırlı

yaşanmasına bağlı olarak beyinsel bölgelerdeki bozulmalar (prefrontal korteks ve limbik sistem) internetin aşırı veya kötü kullanımına neden olabilecek ve bağımlılıkla ilgili dürtüsel davranışlara yol açmaktadır (10).

Ayrıca kişisel ve sosyal yönden yeterince iletişim kuramayan, yaşam enerjisi düşük, içedönük, sınırlı sosyal destek alan ergenlerde artan COVID-19 korkusu ve diğer olumsuz duyguları bastırmak adına çevrimiçi uygulama ve oyunlarda daha fazla zaman geçirmektedir (11, 12). Ergenlik döneminin kendi getirdiği sorunlarla birlikte pandemi süreci ergenler adına zorlu bir geçiş dönemidir. Birey bu dönemde olumsuz duygu ve düşüncelerde artış durumuna bağlı olarak kullanıcı olduğu internet uygulamalarını bu süreçte bir kaçış yolu olarak gördüğünden daha fazla kullanmaktadır. Tüm pandemi dönemlerinde olduğu gibi COVID-19 döneminde de ergenlerde artış gösteren problemli internet kullanımı üzerine araştırmalar yapılması gereklidir. Çünkü böylesine ciddi sonuçları olan salgın dönemi devam edebilir veya tekrarlayabilir. Bu sebepten dolayı yapılan araştırma ve benzer araştırmaların önemli olduğu düşünülmektedir.

Stresli yaşam koşullarında kaliteli bir yaşam ve onun belirleyici etkenleri ile ilgilenen pozitif psikolojinin önemli kavramlarından biriside yaşam doyumudur (13). İnsanların iyilik halinin bilişsel yönünü temsil eden yaşam doyumunu, pozitif ruh sağlığı ve mutluluğu açıklayan önemli bir kavramdır (14). Yaşam doyum düzeyi yüksek insanlar ailesi, arkadaşları ve çevresindeki diğer üyelerle günlük yaşantısında karşılaştığı sorunları olumlu yönde değerlendirme kapasitesi yüksek bireylerdir. Ancak yaşam doyumunu düşük olan bireylerin yaşamdaki tüm bu değerlendirmelerden kaçmak adına en sık başvurdukları eylemin riskli internet kullanımı olduğu belirtilmiştir (15). Yapılan araştırmalarda; kendisiyle ilgili sosyal yeterliliğine dair olumsuz yargılara sahip yalnız ergenlerin internet bağımlılık riskinin oldukça yüksek olduğu görülmüştür (16). Yine yaşamda kendisini etkileyen tüm olaylara bakış açısı negatif (17), pozitif bireysel kimliği zayıf (18), duygusal yönden doyum düzeyleri düşük bireylerde (19), problemli internet kullanım riskinin yüksek olduğu bulunmuştur.

Günlük yaşamda olası stres ve olumsuz durumlar

karşısında başa çıkma yeteneği yüksek olan bireylerin ortak özelliklerinden biriside öznel zindelik düzeylerinin yüksek olmasıdır (20). Öznel zindelik; bireyin fiziksel ve zihinsel anlamda enerji dolu olması ve yaşamda olası karşılaşılabilecek zorluklar karşısında sabırlı ve güçlü olması durumudur (21). Olumsuz yaşantılar karşısında, öznel zindelik düzeyi zayıf düşen bireyler, yaşamda sorumlulukların ihmaline bağlı olarak ikili ilişkilerde sorun yaşamakta, ihtiyaç duyduğu ilişki ve mutluluğu internet ortamında aramaktadır (22). Çünkü içsel yaşam enerjisi düşük ve çevresinden soyutlanan birey ilişkilerini yüz yüze değil internet ortamında sürdürmeyi tercih etmektedir. Ayrıca duygusal becerileri kontrol etmede güçlük yaşayan insanlar bulunduğu çevreye sosyal uyumda sorun yaşamaktadır. Buna bağlı olarak zamanın çoğunu internette geçirmektedir (23). İnternet kullanım süresindeki artış ve uygulamalardan kopamamakta, problemli internet kullanımına yol açabilmektedir.

Bu bilgiler doğrultusunda araştırmada ergenlerin yaşam doyumu ve öznel zindelik düzeylerinin COVID-19 korkusu ile problemli internet kullanımı arasında aracılık rollerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Çalışma, yaşları 14 ile 19 arasında değişen 532 ergenden oluşmaktadır. Uygun örnekleme yöntemi kullanılarak ulaşılabilir toplam 532 ergenden veriler toplanmıştır. Katılımcıların toplam % 57,1'i kadın (n= 304), % 42,9'u (n= 228) erkektir. Öğrencilerin % 32'si 12.sınıf, % 31'i 11. sınıf, % 19,3'ü 9. sınıf, % 14,3'ü 10.sınıf ve % 3,4'ü hazırlık sınıfında öğrenim görmektedir. Araştırmada veri toplama araçları olarak COVID-19 Korkusu Ölçeği, Yaşam Doyumu Ölçeği, Öznel Zindelik Ölçeği, Problemli İnternet Kullanımı Ölçeği kullanılmıştır.

COVID-19 Korkusu Ölçeği: Katılımcıların COVID-19'dan dolayı yaşadıkları korkuları belirlemek için Satıcı, Göçet-Tekin, Deniz ve Satıcı (2020) tarafından geliştirilen ölçek kullanıldı (24). Ölçek dörtlü Likert tipi, 7 madde ve tek boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach's Alpha iç tutarlık katsayısı .90'dır. Ölçekten alınan puanların artması

COVID-19 korkusunun yüksek olduğuna işaret etmektedir.

Yaşam Doyumu Ölçeği: Yaşam doyumunun ölçeği Diener, Emmons, Larsen Griffin (1985) tarafından geliştirilmiştir (25). Ölçek 5 maddeden ve tek boyuttan oluşmaktadır. Ölçek Köker (1991) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (26). Ölçeğin Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı değeri .80 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınan puanların artması yaşam doyumunun yüksek olduğunu, puanın azalması yaşam doyumunun düşük olduğunu işaret etmektedir.

Öznel Zindelik Ölçeği: Ergenlerin öznel zindelik düzeylerini belirlemek için Akın, Satıcı, Arslan, Akın, Kayıs (2012) tarafından geliştirilen ölçek kullanılmıştır (27). Ölçek 7 madde ve tek boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı .84 olarak bulunmuştur. Ölçeğin ergenler için geçerlik ve güvenirlik analizleri Satıcı ve Deniz (2019) tarafından yapılmıştır (28). Ölçeğin standartlaştırılmış faktör yükleri .43'ten .90'a değiştiği gözlenmiştir. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı ergenleri için .85 olarak saptanmıştır. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 35'tir. Puanın artması zindelik düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Problemli İnternet Kullanımı Ölçeği: Ölçek, Mihçı, Kılıç-Çakmak (2017) tarafından geliştirilmiştir (29). Ölçek siber sağlık ölçeğinin alt boyutlarından biridir. Siber sağlık ölçeğinde problemli internet kullanımı, siber zorbalık, çevrimiçi nezaket, çevrimiçi mahremiyet, çevrimiçi uygunsuz içerik, telif hakkı, çevrimiçi güvenlik gibi ölçekler bulunmaktadır. Problemli internet kullanım ölçeğinin 11 soru ve önemlilik ve ruh hali değişimi olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. İnternet Bağımlılığı Ölçeğinde 22 puan ve altında olanlar "Farkındalığa Sahip Değil"; 22 ve 33 arasındakiler "Orta Düzeyde Farkındalığa Sahip"; 33 puan ve üstünde alan öğrenciler "Yüksek Düzeyde Farkındalığa Sahip" olarak belirlenmiştir. Ölçeğin genel Cronbach Alfa iç tutarlık güvenirlik katsayısı .85, alt boyutların ise sırasıyla .83 ve .81 olarak belirlenmiştir.

COVID-19 salgını nedeniyle okullarda yüz yüze

eğitim yapılmadığı için veriler çevrimiçi olarak toplandı. Bunun için Google Formlar aracılığıyla hazırlanan çevrimiçi veri toplama aracılığıyla ölçekler katılımcılara gönderildi. Ayrıca çalışmaya katılmadan önce bireylerden aydınlatılmış onam formu alındı. Çalışmaya sadece gönüllü bireylerin katılmasına dikkat edildi. Buna ek olarak bireylere istedikleri zaman ölçekleri doldurmayı bırakabilecekleri ve sonuçların gizli tutulacağı konusunda bilgi verildi. Çevrimiçi veri toplama işlemi 14 gün içinde tamamlandı. Çevrimiçi toplanan veriler bilgisayar ortamında analiz edildi. Çevrimiçi uygulamada bir soru işaretlemeyen diğerine geçilmediği için çalışmada eksik veri olmadı. Sonuç olarak 540 kişi ölçekleri doldurdu. Verilerin analizine geçilmeden önce aykırı ve normallik değerleri incelendi. Bu işlemler sonucunda 8 bireye ait verilerin parametrik koşulları ihlal ettiği tespit edildi ve veri kümesinden çıkarıldı. Son aşamada veri setinin çok değişkenli normallik testi için Lisrel 9.0 yazılımı kullanılarak Mardia'nın çarpıklık ve basıklık değerlerine bakıldı. Bu işlem sonucunda Mardia'nın çok değişkenli normallik varsayımının doğrulandığı gözlemlendi ($p > .05$). Bütün bu işlemler sonucunda analiz işlemi 532 veri üzerinden yürütüldü. Bireylerin COVID-19 yaşama korkusu, yaşam doyumu, öznel canlılık ve problemli internet kullanımı arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile saptandı. Regresyon analizi kullanılarak yaşam doyumu ve öznel canlılığın, COVID-19 korkusu ile problemli internet kullanımı arasındaki aracılık ilişkisi incelendi. Analizler Hayes (2009) tarafından geliştirilen Process makro kullanılarak gerçekleştirildi. Bu yöntemde 5000 yeniden örnekleme yöntemi seçildi. Analizler SPSS 22.00 programları aracılığıyla yapıldı. Araştırmada .05 anlamlılık düzeyi esas alındı. Verilerin normallik varsayımını karşılayıp karşılanmadığını belirlemek için basıklık ve çarpıklık değerlerine bakılmıştır. Sonuçlar Tablo'1 de gösterilmiştir.

Tablo 2. Covid-19 Korkusu, Yaşam Doyumu, Öznel Zindelik ve Problemli İnternet Kullanımı Değişkenlerine İlişkin Pearson Korelasyon Katsayıları, Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Değişkenler	COVID-19 Korkusu	Yaşam doyumu	Öznel zindelik	Problemli internet kullanımı
Covid-19 korkusu	1			
Yaşam doyumu	-.12*	1		
Öznel zindelik	-.14*	.45*	1	
Problemli internet kullanımı	.21*	-.17*	-.14*	1
Mean	16.29	12.45	31.92	25.37
S.D.	7.14	4.20	9.72	7.77

* $p < .05$

Tablo 1. Araştırmada kullanılan değişkenlere ilişkin betimsel istatistikler ve basıklık ve çarpıklık değerleri

Değişkenler	Skewness		Kurtosis	
	İstatistik	S.H.	İstatistik	S.H.
COVID-19 korkusu	.66	.11	-.18	.21
Yaşam doyumu	-.06	.11	-.84	.21
Öznel zindelik	-.29	.11	-.65	.21
Problemli internet kullanımı	.26	.11	-.53	.21

Tablo 1 incelendiğinde verilere ilişkin çarpıklık ve basıklık değerlerinin +2 ile -2 arasında olması araştırmaya ilişkin değişkenlerin normallik varsayımını yerine getirdiği şeklinde değerlendirilmektedir (30).

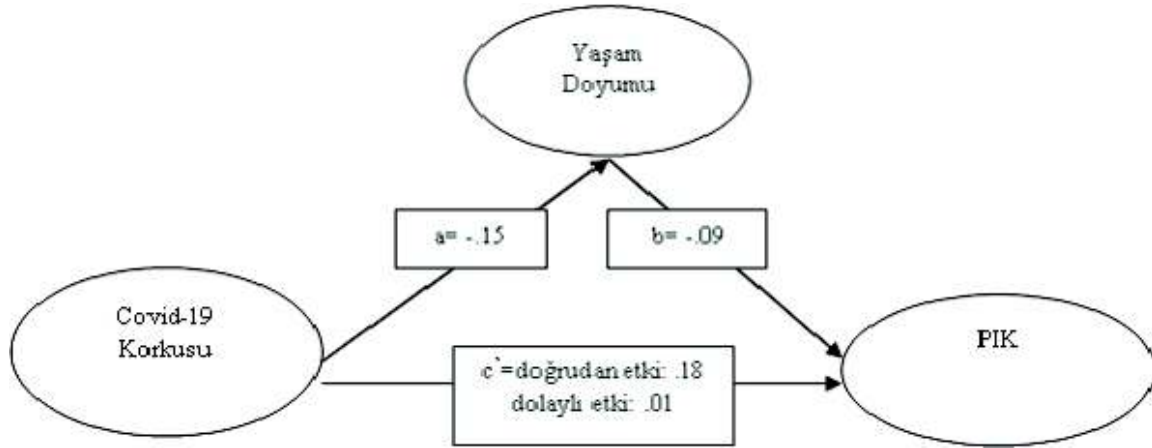
Etik İşlemler

Çalışmaya başlamadan önce Atatürk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Etik Kurulu Başkanlığı'ndan araştırma yapma izni alındı (Tarih: 10.06.2020, sayı: 09, karar no: 10). Ayrıca insanlar üzerinde yapılan çalışmalarda tüm prosedürler 1964 Helsinki deklarasyonuna ve daha sonraki değişikliklerine veya karşılaştırılabilir etik standartlara uygun olarak yapıldı.

BULGULAR

Araştırmada COVID-19 korkusu, yaşam doyumu, öznel zindelik ve problemli internet kullanımı arasındaki ilişkileri belirlemek için Pearson korelasyon analizi yapıldı. Korelasyon analizine ilişkin sonuçlar ile tüm değişkenlere ait aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2'de problemli internet kullanımının (PİK) COVID-19 korkusu ile pozitif, yaşam doyumu ve öznel zindelik ile negatif yönde, düşük düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. COVID-19 korkusu ile yaşam doyumu ve öznel zindelik arasında düşük düzeyde, negatif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu gözlenmektedir.



Şekil 1. COVID-19 korkusu ile problemli internet kullanımı arasındaki ilişkide yaşam doyumunun aracılık rolü.

Çalışma grubunda yer alan bireylerin yaşam doyumları, öznel zindelikleri, COVID-19 korkusu ve problemli internet kullanımı aritmetik ortalama puanları sırasıyla; 12.45, 31.92, 16.29 ve 25.37 olarak bulunmuştur. Bu puanlar katılımcıların yaşam doyumları ile öznel zindelik düzeylerinin orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Yine bulgular incelendiğinde katılımcıların COVID-19 korkusu ve problemli internet kullanımının da orta düzeyde olduğu ifade edilebilir.

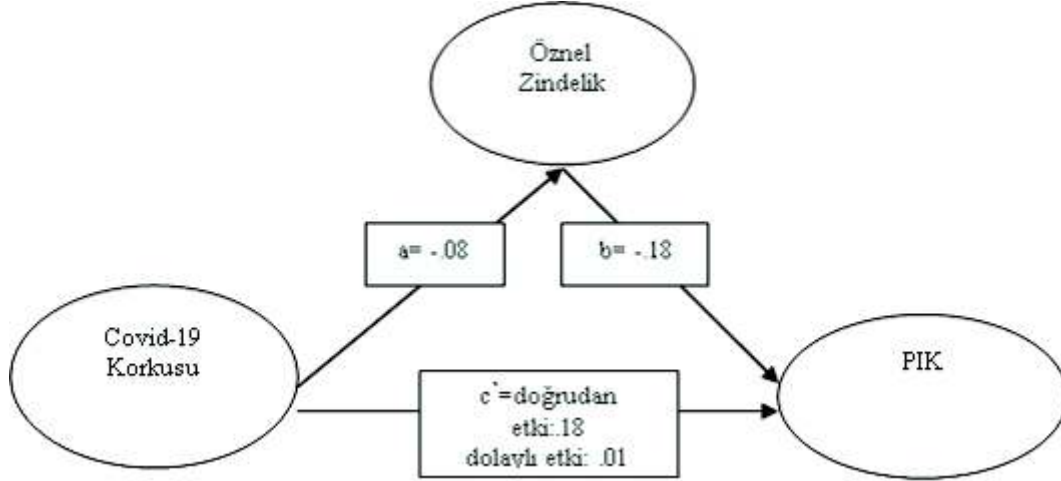
Araştırmanın bir diğer bulgu sonucunda ergenlerin COVID-19 korkusu ile problemli internet kullanımı arasındaki ilişkisinde yaşam doyumunun aracılık rolü olup olmadığını incelemek amacıyla bootstrap yöntemini esas alan regresyon analizi yapıldı. Analiz sonuçlarına göre COVID-19 korkusunun problemli internet kullanımı üzerinde pozitif yönde, anlamlı bir yordayıcı etkisinin olduğu görülmektedir ($\beta = .18$, % 95 CI [.105-.260], $t = 4.63$, $p < .01$). Diğer analiz sonucuna göre COVID-19 korkusunun yaşam doyumunu anlamlı düzeyde ve negatif yönde yordadığı gözlenmektedir ($\beta = -.15$, % 95 CI [-.295-.008], $t = -2.08$, $p < .01$). Yaşam doyumunun ise problemli internet kullanımını anlamlı düzeyde ve negatif yönde yordadığı görülmektedir ($\beta = -.09$, % 95 CI [-.136-.045], $t = -3.91$, $p < .01$). COVID-19 korkusu ve yaşam doyumu, problemli internet kullanımını üzerindeki değişimin yaklaşık %5.3'ünü ($R^2 = .053$) açıklamaktadır. Dolaylı etki sonuçlarına bakıldığında yaşam doyumunun COVID-19 korkusu ile problemli internet kullanımını arasındaki ilişkiye aracılık ettiği anlaşılmaktadır ($\beta = .014$, % 95 CI [.001 - .033], $p < .01$). Güven aralığına ait değerler (CI) o (sıfır) içermemesi

dolaylı etkinin anlamlı olduğunu göstermektedir.

COVID-19 korkusu ile problemli internet kullanımı arasındaki ilişkide yaşam doyumunun aracılığına ilişkin analiz sonucu Şekil 1'de gösterilmiştir.

Araştırmanın son bulgusu olarak ergenlerin COVID-19 korkusu ile problemli internet kullanımı arasındaki ilişkisinde öznel zindeliğin aracılık rolü olup olmadığını incelemek amacıyla bootstrap yöntemini esas alan regresyon analizi yapıldı. Analiz sonuçlarına göre COVID-19 korkusunun problemli internet kullanımı üzerinde pozitif yönde, anlamlı bir yordayıcı etkisinin olduğu görülmektedir ($\beta = .18$, % 95 CI [.105-.259], $t = 4.65$, $p < .01$). Diğer analiz sonucuna göre COVID-19 korkusunun öznel zindeliği anlamlı düzeyde ve negatif yönde yordadığı gözlenmektedir ($\beta = -.08$, % 95 CI [-.142-.019], $t = -2.57$, $p < .01$). Öznel zindeliğin ise problemli internet kullanımını anlamlı düzeyde ve negatif yönde yordadığı görülmektedir ($\beta = -.18$, % 95 CI [-.282-.071], $t = -3.29$, $p < .01$). COVID-19 korkusu ve öznel zindelik, problemli internet kullanımını üzerindeki değişimin yaklaşık %5.7'sini ($R^2 = .057$) açıklamaktadır. Dolaylı etki sonuçlarına bakıldığında öznel zindeliğin COVID-19 korkusu ile problemli internet kullanımını arasındaki ilişkiye aracılık ettiği anlaşılmaktadır ($\beta = .014$, % 95 CI [.002 - .032], $p < .01$). Güven aralığına ait değerler (CI) o (sıfır) içermemesi dolaylı etkinin anlamlı olduğunu göstermektedir.

COVID-19 korkusu ile problemli internet kullanımı arasındaki ilişkide öznel zindeliğin



Şekil 2. COVID-19 korkusu ile problem internet kullanımı arasındaki ilişkide özel zindeliğin aracılık rolü

aracılığına ilişkin analiz sonucu Şekil 2’de gösterilmiştir.

TARTIŞMA

Araştırmanın sonucunda ergenlerde COVID-19 korkusu ile yaşam doyumu, özel zindelik ve problemli internet kullanımı arasında anlamlı ilişkilerin olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte araştırmada COVID-19 korkusu ile internet bağımlılığı arasında yaşam doyumu ve özel zindelik düzeylerinin aracı rolü olduğu ortaya çıkarılmıştır.

Araştırmanın ilk bulgusunda COVID-19 korkusu ile internet bağımlılığı arasında yaşam doyumunun aracı rolünün olduğu saptanmıştır. Literatürde benzer araştırma sonuçlarına rastlamak mümkündür. Pandemi dönemindeki kısıtlamalara bağlı azalan yaşam doyumunun, ergenlerin interneti daha fazla kullanmalarına yol açtığı tespit edilmiştir (31). Başka bir araştırmada ergenlerin pandemi döneminin korku ve olumsuz yaşantılarıyla başa çıkmada yetersizlik kaldıkları, internet kullanım sürelerinin arttığı belirlenmiştir (32). Geçmiş yıllarda H1N1 ve SARS-CoV salgın dönemlerinde de aile üyelerinin sağlık durumlarına yönelik endişeler, beklenmedik yas durumları, okulların tatil edilmesi, ailenin ekonomik geleceğine yönelik belirsizlik durumlarının ergenlerin yaşam doyumlarını olumsuz etkilediği görülmüştür (33). Düşük yaşam doyumu ile birlikte hissedilen stres ve kaygıyı dağıtmak adına birçok genç çareyi internet uygulamalarında daha fazla geçirerek aramaktadır. Fakat bu durum bireyin problemli internet kullanım davranışları sergileme-

sine yol açmaktadır (34). Ayrıca uygulamalarda geçirilen uzun sürede hastalığa yönelik olumsuz ve gerçek dışı haberler bireyin yaşam doyum düzeyini daha da azaltmaktadır. Azalan yaşam doyumu ve artan COVID-19 korkusu da problemli internet kullanımı ile birlikte daha farklı ruhsal sorunlara yol açmaktadır (35).

Araştırmanın diğer bulgusunda, COVID-19 korkusu ile internet bağımlılığı arasında özel zindeliğin aracı rolünün olduğu saptanmıştır. Yapılan araştırmalarda, COVID-19 salgının bireylerin zindelik düzeylerini düşürdüğü, içsel enerji ve canlılık hissinin zayıf olduğu bireylerde de problemli internet kullanım riskinin yüksek olduğu gözlenmiştir (36). Yine karantina uygulamalarına maruz kalan ve virüs korkusu yaşayan bireylerin yaşam enerjilerinin azaldığı, mutluk olmak adına çevrimiçi ortamda daha fazla zaman ayırdığı görülmüştür (37). Yapılan araştırmalarda da zindelik ile ilişkili kavramlardan yalnızlık seviyesi (38) ve sosyal etkileşim kaygısı (39) yüksek, duygusal sorunları yönetme becerisi zayıf (40) bireylerin problemli internet kullandıkları belirlenmiştir.

Ergenlik gibi gelişim psikolojisinde önemli bir yere sahip olan dönemde birey canlı ve enerji doludur. Bilinmeyen dünyayı keşfetmek adına meraklıdır ve ilgilerinin peşinde gider. Ancak COVID-19 döneminde sahip olduğu bu ilgi ve isteği söndürecek engellerle karşılaşmaktadır. Sosyal çevresiyle, doğayla, sevdiği faaliyetlerle karantina tedbirlerinden dolayı uzak kalan genç, zamanın çoğunu internet ortamında geçirmektedir. Son günlerde alınan tedbir kararlarında esneklikler olsa da vaka ve ölüm haberlerinin devam etmesine bağlı olarak

azalan yaşam motivasyonu ve enerji internet kullanım süresini daha da artırmaktadır. Pandemi dönemi gibi yaşamın zorlu dönemlerinde ruh sağlığına iyi gelebilecek pozitif kavramları ele alan çalışmaların, ruh sağlığı çalışanlarına da kaynak sağlaması bakımından önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu bilgilerin dışında araştırmanın bazı kısıtlılıkları olduğu söylenebilir. Pandemi döneminde ergenlerin problemli internet kullanımlarını etkileyebilecek başka duygusal faktörlerde bulunmaktadır. Bu nedenle çalışmanın yalnızca dört değişken arasındaki ilişkiye odaklanması da bir kısıt olarak değerlendirilebilir. Bu nedenle gelecekte yapılacak çalışmalarda bu araştırmadaki modellere ek olarak diğer duygusal değişkenlerin aracı etkisinin

araştırılması, farklı ve daha geniş örneklemeler üzerinde bu ilişkilerin değerlendirmesi önerilebilir. Ayrıca pandemi tedbirleri kapsamında okulların kapalı olması, sosyal mesafe kuralları gereğince verilerin çevrimiçi yöntemle toplanması verilen cevaplar adına bir kısıtlılık olarak görülebilir. Yüz yüze eğitimin başlaması ile birlikte benzer araştırmanın tekrar uygulanarak sonuçlar değerlendirilebilir.

Yazışma Adresi: Doç. Dr. Adem Peker, Atatürk Üniversitesi, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık AD, Erzurum, Türkiye
adem.peker@atauni.edu.tr

KAYNAKLAR

11. Rosenbaum L. Facing. COVID-19 in Italy ethics, logistics, and therapeutics on the epidemic's front line. *New England Journal of Medicine* 2020; 382: 1873-1875.
2. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet* 2020; 395: 912-920.
3. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *Jama* 2020; 323:1239-1242.
4. Garcia-Priego BA., Triana-Romero A, Pinto-Galvez SM, Duran-Ramos C, Salas-Nolasco O, Reyes M M, Troche JMR. Anxiety, depression, attitudes, and internet addiction during the initial phase of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic: A cross-sectional study in Mexico. *MedRxiv* 2020; 1-27.
5. Kalaitzaki EA, Birtchnell J. The impact of early parenting bonding on young adults' Internet addiction, through the mediation effects of negative relating to others and sadness. *Addictive Behaviors* 2014; 39: 733-736
6. De Leo JA, Wulfert E. Problematic Internet use and other risky behaviors in college students: An application of problem-behavior theory. *Psychol Addict Behav* 2013; 27:133-142.
7. Young KS. Cognitive behavior therapy with internet addicts: Treatment outcomes and implications. *Cyber-psychol Behav* 2007; 10:671-679.
8. Lam LT, Peng ZW. Effect of pathological use of the internet on adolescent mental health: A prospective study. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 2010; 164: 901-906.
9. King DL, Delfabbro PH, Billieux J, Potenza MN. Problematic online gaming and the COVID-19 pandemic. *Journal of Behavioral Addictions* 2020; 1-3.
10. Ballarotto G, Volpi B, Marzilli E, Tambelli R. Adolescent Internet abuse: A study on the role of attachment to parents and peers in a large community sample. *Biomed Research International* 2018; 5769250.
11. Eidi A, Delam H. (2020). Internet addiction is likely to increase in home quarantine caused by coronavirus disease. *J Health Sci Surveillance Sys* 2020; 8: 136-137.
12. Nagaur A. Internet addiction and mental health among university students during COVID-19 lockdown. *Mukt Shabd Journal* 2020; 9: 684-692.
13. Proctor C, Linley AP, Maltby J. Life satisfaction. *Encyclopedia of Adolescence* 2017; 1-12.
14. Kaba İ, Erol M. Ergenlerin yaşam doyumlarının incelenmesi. *Journal of Social and Humanities Sciences Research* 2018; 5: 52-63.
15. Wang H, Zhou X, Lu C, Wu J, Deng X, Hong L. Problematic internet use in high school students in Guang-dong Province, China. *PLoS One* 2011; 6: 196-203.
16. Eroğlu Y. Ergenlerde Siber Zorbalık ve Mağduriyeti Yordayan Risk Etmenlerini Belirlemeye Yönelik Bütüncül Bir Model Önerisi. *Uludağ Üniversitesi, Doktora Tezi*, 2014.
17. Soydan ZM. Üniversite Öğrencilerinin İnternet Bağımlılığı ile Depresyon ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki. *Haliç Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi*, 2015.
18. Altıntaş A. Lise Öğrencilerinde Problemli İnternet Kullanımının Duygusal Zeka ve Yaşam Doyumu Açısından İncelenmesi. *Maltepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi*, 2020
19. Meena PS, Mittal PK, Solanki, RK. Problematic use of social networking sites among urban school going teenagers. *Industrial Psychiatry Journal* 2012; 21: 94.
20. Huta V, Hawley L. Psychological strengths and cognitive vulnerabilities: Are they two ends of the same continuum or do they have independent relationships with well-being and ill-being?. *Journal of Happiness Studies* 2010; 11: 71-93.
21. Sarıçam H. Mediating role of self efficacy on the relationship

- between subjective vitality and school burnout in Turkish adolescents. *International Journal of Educational Researchers* 2015; 6: 1-12.
22. Widyanto L, McMurran M. The psychometric properties of the Internet addiction test. *CyberPsychology and Behavior* 2004; 7: 443-450
23. Aydoğmuş E. Ergenlerde Sosyal Güvende Hissetme ve Memnuniyet ile Problemli İnternet Kullanımı Arasındaki İlişkide Sosyal Medya Tutumlarının Aracılık Rolü. Maltepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2017.
24. Satıcı B, Gocet-Tekin E, Deniz ME, Satıcı SA. Adaptation of the fear of COVID-19 scale: Its association with psychological distress and life satisfaction in Turkey. *International Journal of Mental Health and Addiction* 2020; 1.
25. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment* 1985; 49: 71-75.
26. Köker S. Normal ve Sorunlu Ergenlerin Yaşam Doyumu Düzeylerinin Karşılaştırılması. AÜ, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 1991.
27. Akın A, Satıcı SA, Arslan S, Akın Ü, Kayıs AR. The validity and the reliability of the Turkish version of the Subjective Vitality Scale (SVS). Paper presented at the 4rd World Conference on Educational Sciences, 2018; 2-5.
28. Satıcı SA, Deniz ME. Adolescents' self-perception and school satisfaction: Assessing the mediating role of subjective vitality. *Education and Science* 2019; 44: 367-381.
29. Mihçı P, Kılıç-Çakmak E. Öğrenci siber sağlık ölçekleri geliştirme çalışması. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2017; 37: 457-491.
30. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. Using Multivariate Statistics (Vol. 5). Boston, MA: Pearson.
31. Leung JTY, Shek DTL. Parental control and adolescent wellbeing in Chinese adolescents in Hong Kong. *Child Indicators Research* 2020; 13: 703-727.
32. Oosterhoff B, Palmer C. Psychological correlates of news monitoring, social distancing, disinfecting, and hoarding behaviors among us adolescents during the COVID-19 pandemic. *PsyArXiv* 2020; 1-20.
33. Kuss DJ, Van Rooij AJ, Shorter GW, Griffiths MD, Van de Mheen D. Internet addiction in adolescents: Prevalence and risk factors. *Computers in Human Behavior* 2013; 29: 1987-1996.
34. Ha JH, Kim SY, Bae SC, Bae S, Kim H, Sim M, Lyoo IK, Cho SC. Depression and internet addiction in adolescents. *Psychopathology* 2007; 40: 424-430.
35. Keles B, McCrae N, Grealish A. A systematic review: the influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth* 2020; 25: 79-93.
36. Zhang SX, Wang Y, Rauch A, Wei F. Unprecedented disruption of lives and work: Health, distress and life satisfaction of working adults in China one month into the COVID-19 outbreak. *Psychiatry Research* 2020; 112958.
37. Lesser IA, Nienhuis CP. The Impact of COVID-19 on physical activity behavior and well-being of Canadians. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020; 17: 3899.
- 38- Flett GL, Hewitt PL, Nepon T. (2020). The self-generated stress scale: development, psychometric features, and associations with perfectionism, self-criticism, and distress. *Journal of Psycho Educational Assessment* 2020; 38: 69-83.
- 39- Sarıçam H, Akın A, Akın U, Çardak M. Algılanan sosyal yetkinlik ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *The Journal of Academic Social Science Studies* 2013; 6: 591-600.
40. Ryan RM, Bernstein JH, Brown, KW. Weekends, work, and well-being: Psychological need satisfactions and day of the week effects on mood, vitality, and physical symptoms. *Journal of Social And Clinical Psychology* 2010; 29: 95-122.

Çocuklar için özel gereksinim raporuna geçiş sonrası bir yıllık sağlık kurulu verilerinin değerlendirilmesi

The evaluation of medical board report datas for one year period after the transition to special needs report for children

Barış Güller¹, Ferhat Yaylacı¹

¹Uzm. Dr., Dörtçelik Çocuk Hastanesi, Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Bursa, Türkiye
https://orcid.org/0000-0001-7911-4614-https://orcid.org/0000-0002-1360-7771

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Çocuklar İçin Özel Gereksinim Raporu'na (ÇÖZGER) geçiş sonrasında düzenlenen sağlık kurulu raporlarında sosyodemografik özellikleri, tanı dağılımlarını, özel gereksinim alanları ve düzeylerini belirlemek, ayrıca rapor yenilemek için başvuran olguların ÇÖZGER öncesi raporlarıyla ÇÖZGER raporlarını karşılaştırarak yeni sisteme geçişle birlikte ortaya çıkan farklılıkları tartışmaktır. **Yöntem:** Çalışmamızda Mart 2019-Şubat 2020 tarihleri arasında ÇÖZGER düzenlenmesi amacıyla sağlık kuruluna başvuran 0-18 yaş arası 1302 olgunun sosyodemografik özellikleri, ÇÖZGER rapor detayları ile rapor yenilemek için başvuran olguların ÇÖZGER öncesi rapor bilgileri gözden geçirilmiştir. **Bulgular:** Hastaların % 65.7'si erkek, %34.3'ü kız cinsiyettedir. Yaş ortalaması $8,63 \pm 3,91$ olarak saptanmıştır. ÇÖZGER'de çocuk ve genç psikiyatrisi alanında tanı alan olguların %44.7'sinde gecikmiş dönüm noktası, %30.7'sinde özgül öğrenme güçlüğü, %21.6'sında dil gelişimsel bozukluğu ve %11.7'sinde otizm spektrum bozukluğu tanısı olduğu saptanmıştır. Rapor yenilemek için başvuran olguların ÇÖZGER öncesi raporlarında %8.3'ünün yüzde 90-99 engel oranı aralığında olduğu görülmüştür. Bu oran ÇÖZGER'de %33.5 olarak karşımıza çıkmıştır ($p < 0.001$). Rapor yenilenen olgularda yalnızca çocuk ve genç psikiyatrisi alanındaki tanı için engel oranları incelendiğinde ise ÇÖZGER öncesi %5.3'ünün yüzde 90-99 engel oranı aralığında olduğu; ÇÖZGER'de ise bu oranın %18.1 olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$). **Sonuç:** ÇÖZGER'e geçişle hem çocuk ve genç psikiyatrisi alanı hem de diğer alanlardaki tanı dağılımlarında yüzde olarak büyük farklılıkların olmadığı görülmüştür. Ancak, eski yönetmelikle kıyaslandığında rapor yenilemek için başvuran olgularda %90-99 engel oranında yer alan grubun, hem tüm tanıları için hem de yalnız çocuk ve genç psikiyatrisi tanıları için ayrı ayrı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir artış saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: ÇÖZGER, Çocuk ve genç, Özürlü Sağlık Kurulu, Özel gereksinim

SUMMARY

Objective: The aim of our study is to determine the distribution of diagnoses, special needs areas and levels in the medical board reports after passing to Special Needs Report for Children (SNRFC). In addition, to discuss the differences that emerged with the transition to the new system by comparing pre-SNRFC reports with the SNRFC reports of the cases who applied for report renewal. **Method:** We reviewed socio-demographic characteristics, SNRFC report details of 1302 cases between 0 and 18 years old who applied to the health committee between March 2019 and February 2020 for the purpose of preparing a SNRFC and details of medical board reports before SNRFC. **Results:** We saw that 65.7% of the patients are male and 34.3% are female. The average age was found 8.63 ± 3.91 . The diagnoses in the reports were delayed turning points (44.7%), specific learning difficulties (30.7%), language developmental disorders (21.6%) and autism spectrum disorder (11.7%) respectively after the transition to SNRFC system. Cases applying for report renewal, in pre-SNRFC reports, it was seen that 8.3% of them were in range of 90-99 percent disability ratio. This rate was 33.5% in SNRFC ($p < 0.001$). When the disability rates for only child and adolescent psychiatry diagnoses are examined in the cases whose report was renewed, 5.3% before SNRFC was in the range of 90-99 percent disability; this rate was found to be 18.1% in SNRFC ($p < 0.001$). **Discussion:** With the transition to SNRFC, it was observed that there were no significant differences in the distribution of diagnoses in both child and youth psychiatry and other fields. However, a statistically significant increase was found when the group, which had a disability rate of 90-99% in cases applying for report renewal compared to the old regulation, was examined separately for all diagnoses and only for child and youth psychiatry diagnoses.

Key Words: SNRFC, Child and youth, Disability Health Committee, Special requirement

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2021;24: 207-216)

DOI: 10.5505/kpd.2020.02438

GİRİŞ

İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırma'sında (International Classification of Functioning, Disability and Health-ICF) engellilik; sağlık durumu, kişisel etmenler ve çevresel etmenler arasındaki "biyo-psiko-sosyal" etkileşim olarak tanımlanmaktadır (1). Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelikte ise engellilik; sağlık durumu, doğuştan veya sonradan bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşsal ve sosyal yeteneklerin çeşitli derecelerde kaybedilmesi sonucu uyum becerileri ve günlük gereksinimleri karşılama güçlüklerinin olması, korunma, bakım veya rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyulması olarak tanımlanmıştır (2). Uluslararası çalışmalara bakıldığında engelli nüfus oranı tahminleri %5-20 arasında değişim göstermektedir (3,4). Türkiye Özürler Araştırması verilerine göre ise zihinsel, dil, görme, işitme ve ortopedik özür oranı çocuk yaş grubunda %3.5 olarak saptanmıştır (5).

Çocuk ve genç psikiyatrisi alanında özel gereksinimli çocuklara, özel eğitim desteği almaları, sosyal ve eğitsel haklardan yararlanabilmeleri için sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gerekmektedir. Türkiye'de engelli sağlık kurulu raporlarının düzenlenmesinde kullanılan "Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik" 2006 yılında yürürlüğe girmiş ve 2010, 2012 ve 2013 yıllarında değişikliğe uğramıştır. Son olarak 20 Şubat 2019 tarihinde yürürlüğe giren Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik (ÇÖZGER) sonrasında 30/3/2013 tarihli ve 28603 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik yürürlükten kaldırılmıştır (6).

Eski yönetmelikte özür oranı yönetmelik ekinde yer alan Özür Oranları Cetveline göre yüzde (%) olarak belirlenirken, ÇÖZGER ile birlikte 18 yaşına kadar alınan raporlarda "engelli" ifadesinin geçmemesi ve herhangi bir engel oranı yazılmaması yönünde değişikliğe gidildiği görülmüştür. Bunun yerine özel gereksinim düzeyleri (engel oranları); "özel gereksinimi vardırıdan (ögv) başlayarak özel

koşul gereksinimi vardıra (ökgv)" kadar artan düzeylerde derecelendirilmiştir. Özel gereksinimli çocukların belirli haklardan yararlanabilmesi için mevzuatla uyum arandığında özel gereksinim düzeylerinin karşılık geldiği engel oranları ayrıca ek listede gösterilmiştir. Buna göre ÖGV için engel oranı %20-39, hafif düzeyde ÖGV için %40-49, orta düzeyde ÖGV için %50-59, ileri düzeyde ÖGV için %60-69, çok ileri düzeyde ÖGV için %70-79, belirgin ÖGV için %80-89, ÖKGV içinse %90-99 aralığında tanımlanmıştır (7).

ÇÖZGER'de tanımlanan 23 özel gereksinim alanı içinde yer alan "bilişsel gelişim alanı", "çocuk ve genç psikiyatrisi alanı" ve "dil konuşma, iletişim gelişimi alanı" çocuk ve genç psikiyatrisi ile ilişkili alanlardır. Çocuk ve genç psikiyatrisi ile ilişkili olarak önerilen özel gereksinimler; bilişsel işlevlerin desteklenmesi için rehabilitasyon/ erken destek gereksinimi; dil ve konuşma, otizm spektrum bozukluğu ve özgül öğrenme güçlüğü için terapi/rehabilitasyon gereksinimleri olarak listelenmiştir. Bilişsel gelişim alanında düzenlenecek raporlarda tanıya mental retardasyon ya da zekâ geriliği yazılmaması, ICD tanısı olarak gerekiyorsa Gecikmiş Dönüm Noktası (R62.0) yazılması gerektiği belirtilmiştir. (7).

ÇÖZGER öncesi raporlama sisteminde mevcut olan "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu" (DEHB) tanısı ÇÖZGER ile birlikte engel oranı verilen bir tanı olmaktan çıkarılmıştır. Ayrıca çoğunlukla Kulak Burun Boğaz hastalıkları alanında raporlanan alıcı ifade edici dil geriliği, kekemelik, fonolojik bozukluk, artikülasyon bozukluğu, sosyal (pragmatik) iletişim bozukluğu, ses bozukluğu gibi tanı gruplarının dil-konuşma-iletilim gelişimi alanı adı altında çocuk ve genç psikiyatrisi uzmanları, çocuk gelişim uzmanı, çocuk nöroloji, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları, dil ve konuşma terapistleri, eğitim odyologları, psikologlar, klinik odyologlar ve gelişimsel pediatri uzmanları tarafından değerlendirilebilecek olması da diğer bir değişiklik olmuştur (7).

Bu yeni düzenlemenin çocukların değerlendirmelerine ve rapor sürecine farklı bir yaklaşım getirdiği açıktır. Yönetmeliğe göre 18 yaş altı bireylere artık "Sağlık Kurulu Raporu" değil "ÇÖZGER" verilecektir. Yönetmelik, bireyin

durumunu ve bu durumunun getirdiği ihtiyaçları göz önüne alarak değerlendirme yapan ve çocuğu erişkinden ayıran bir düzenleme olmasıyla öne çıkmaktadır. Bu sebeple ÇÖZGER’de çocukların gereksinimlerinin erişkinlerden farklı şekilde belgelenerek sağlık, eğitim, rehabilitasyon, diğer sosyal ve ekonomik haklara, hizmetlere erişimlerinin sağlanmasına çalışılmıştır. Eski yönetmelikte çocuk yaş grubu ile ilgili özel düzenlemelerin bulunmaması, Down Sendromu gibi gelişimsel gerilik yaratacağı iyi bilinen sendromların tanısını almış bebeklerin değerlendirilmesinin eski yönetmeliğe göre yapılamaması önemli zorluklardı. Bunun yanında ÇÖZGER ile birlikte “engellilik” yerine “özel gereksinimi var” şeklinde bir tanımlamaya gidilmesi ve önyargıya veya ayrımcılığa sebep olacak tanımlamaların (zeka geriliği gibi) rapordan kaldırılmış olması önemlidir. ÇÖZGER’in getirdiği bu farklılıkların klinik pratiğe ve toplumsal yaşama nasıl yansıdığı ile ilgili çalışmalara ihtiyaç vardır. Ülkemizde ÇÖZGER’e geçiş sonrası yapılan iki çalışmaya ulaşılmıştır. Öztürk ve Kayhan (2020) tarafından yapılan çalışmada 307, Yıldız ve Tarakçıoğlu (2020) tarafından yapılan çalışmada ise 1061 olgusunun verileri değerlendirilmiştir. Her iki çalışmada da sağlık kuruluna başvuran hastalarda en yüksek oranı erkek cinsiyetin oluşturduğu ve en sık karşılaşılan tanının eski yönetmeliğe göre hafif düzeyde bilişsel gelişimde gecikme olduğu görülmektedir. ÇÖZGER’e geçişle ilgili farklılık olarak bu çalışmalarda eski yönetmeliğe göre %90-99 aralığında oran alan olgu sayısının yükseldiğinin bildirildiği görülmüştür. Her iki çalışmacı da ÇÖZGER ile ilgili yapılacak düzenleme ve güncellemelerde bulgularının önemli olduğuna vurgu yapmıştır (8,9).

Ülkemizde son yıllarda engellilik ve engellilik hakları konusunda yayınlanan yönetmelikler ve yapılan çalışmalar artmış olmasına rağmen özellikle ÇÖZGER’e geçiş sonrası ortaya çıkan yenilikleri çocuk ve genç psikiyatrisi alanı için değerlendiren çalışmalar kısıtlıdır. Bu çalışmanın amacı, ÇÖZGER’e geçişle birlikte düzenlenen sağlık kurulu raporlarındaki tanı dağılımlarını, özel gereksinim alanlarını ve düzeylerini belirleyerek ve rapor yenilemek için başvuran olguların ÇÖZGER öncesi raporlarıyla ÇÖZGER raporlarını karşılaştırarak ÇÖZGER’in avantaj ve

dezavantajları tartışmaktır.

YÖNTEM

Katılımcılar ve Prosedür

Mart 2019-Şubat 2020 tarihleri arasında sağlık kurulu raporu düzenlenmesi amacıyla başvuran 0-18 yaş arası 1302 olgunun ÇÖZGER raporları ve bu olgular içinde rapor yenilemek amacıyla başvuran 846 olgunun ÇÖZGER öncesi rapor verileri çalışmaya dahil edilmiştir.

Hastanemizde sağlık kurulu heyetine başvuran bütün olgular; göz, kulak burun-boğaz, ortopedi, çocuk nörolojisi, çocuk cerrahisi, çocuk hastalıkları ve çocuk ve genç psikiyatrisi uzmanları tarafından değerlendirilmektedir. Çocuk ve genç psikiyatrisi uzmanları tarafından yapılan değerlendirmede psikiyatrik muayenenin yanında standart değerlendirme araçları kullanılarak tanı desteklenmektedir. Bu kapsamda 6 yaşından büyük çocukların zekâ düzeyleri kliniğimizde çalışan deneyimli psikologlar tarafından uygulanan Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği (WÇZÖ-R) veya Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği-IV(WÇZÖ IV) ile değerlendirilmektedir. Altı yaşından küçük çocuklarda ise gelişim düzeyine bakılmakta olup deneyimli çocuk gelişim uzmanları tarafından uygulanan Denver II veya Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) kullanılmaktadır. Kliniğimizde iki ayrı zeka ve gelişim testi ile yapılan değerlendirmenin sebebi sağlık kurulunda görev alan çocuk ve genç psikiyatrisi hekimlerinin yaklaşım farklılıklarından kaynaklanmaktadır. ÖÖB düşünülen olgulara ise bu konuda eğitim almış psikologlar veya çocuk gelişim uzmanları tarafından Özgül Öğrenme Güçlüğü Bataryası uygulanmaktadır. Çalışmaya çocuk ve genç psikiyatrisi alanında tanılara ilişkin rapor sürecinde standart testlerin uygulandığı olgular dahil edilmiştir.

Rapor düzenlenen her olgunun yaşları, cinsiyetleri, başvuru şekilleri, psikiyatrik tanıları ve psikiyatri dışındaki diğer bölümlerde saptanan ek tanıları, özel gereksinim düzeyleri, özel gereksinim alanları ve önerilen özel gereksinimler kaydedilmiştir.

Form ve Psikometrik testler

ÇÖZGER Formu: Olguların çocuk ve ergen psikiyatrisi ve diğer ilişkili bölümler tarafından değerlendirildiği, kinlik muayene bulguları, demografik bulgular, tanıları, özel gereksinim alanları, önerilen özel gereksinimler ve özel gereksinim düzeylerinin kaydedildiği formdur.

WISC-R: Wechsler tarafından 1949 yılında geliştirilmiş, 1974 yılında gözden geçirilmiş formu oluşturulmuştur. Sözel ve performans olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. WISC-R'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Savaşır ve Şahin tarafından gerçekleştirilmiştir (10).

Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği-IV (WÇZÖ IV): Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği IV, 6-16 yaş aralığındaki çocukların bilişsel yeteneklerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. WÇZÖ-IV, psikometrik ölçümlerle geçerliliği kanıtlanmış dört faktörü olup; toplam 10 temel ve beş yedek alt testten oluşmaktadır. WÇZÖ-IV'ten toplam beş dönüştürülmüş puan elde edilebilmektedir. WÇZÖ IV'ün, ülkemizdeki standardizasyon çalışması 2225 çocuk ile yapılmıştır (11,12).

Denver II Gelişim Tarama Envanteri (DGTT II): Altı yaşından küçük çocuklarda, çocuğun yaşına uygun becerileri değerlendiren, gelişimsel sorunları saptamada klinik görüşmeye yardımcı bir testtir. DGTT II, Anlar ve Yalaz tarafından Türk çocuklarına uyarlanmış, geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Kişisel- sosyal alan, ince motor, kaba motor ve dil alanını tarayan 116 maddeden oluşmaktadır (13).

Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE): Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) 0-6 yaş çocuklarının gelişimini ve becerilerini annelerden alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirmek amacıyla Savaşır ve ark. (1995) tarafından geliştirilmiştir. AGTE, Dil-Bilişsel, İnce Motor, Kaba Motor ve Sosyal Beceri-Öz bakım olmak üzere dört gelişim alanından oluşmakta ve toplam gelişim puanı elde edilmektedir. Envanter bebek ve çocukların (0-6 yaş) gelişimini ve becerilerini "evet", "hayır", "bilmiyorum" şeklinde annelerden alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirmektedir

(14).

Özgül Öğrenme Güçlüğü Bataryası

Çalışmada Korkmazlar'ın (1992) kullandığı, daha sonraki çalışmalarda yeni testler eklenerek genişletilen ÖÖG Bataryasından yararlanılmıştır (15). Genişletilmiş haliyle batarya 9 testten oluşmaktadır. Bunlar okuma testi, yazma testi, alfabenin harfleri, sınıf düzeyine göre toplama ve çarpım tablosu soruları, aylar ve günler ile öncelik sonralık ilişkilerinin sorgulanması, Gesselşekilleri, saat çizme testi, Head sağ-sol ayırt etme testi, Harris lateralleşme testidir (16).

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 22 ile yapılmış olup tanımlayıcı istatistikler tablolarda gösterilmiştir. Oransal veriler yüzde olarak, normal dağılım gösteren veriler ortalama standart sapma, olarak gösterilmiştir. Bağımsız gruplar arasında kategorik değişkenlerin karşılaştırmalarda ki kare testi; bağımlı gruplar arası karşılaştırmalarda ise McNemar testi uygulanmıştır. Anlamlılık için p değeri 0.05 olarak alınmış ve tüm karşılaştırmalar çift yönlü olarak yapılmıştır.

İstatistik

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS Windows 25 paket programı kullanılmıştır. Kategorik değişkenler için tanımlayıcı veriler sayı ve yüzde olarak, sayısal veriler için ortalama ve standart sapma şeklinde hesaplanmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare analizi,bağımlı gruplarda ise McNemar testi uygulanmıştır. Tüm analizlerde $p < 0,05$ olduğunda istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 1302 olgunun % 34.3'ü (n=446) kız, % 65.7'si (n=856) erkekti. Ortalama yaş 8.63 ± 3.9 olarak hesaplandı. Olguların % 65'inin (n=846) ÇÖZGER öncesi aldıkları raporlarını yenilemek, %30.9'unun (n=402) ilk kez rapor almak, %3.5'inin (n=46) mevcut raporunu sonlandırmak ve %0.6'sının (n=8) mevcut rapora itiraz etmek için başvurduğu saptandı.

Tablo 1. Çocuk ve genç psikiyatrisi alanında ÇÖZGER öncesi ve ÇÖZGER tanı dağılımları

ÇÖZGER öncesi tanılar		Rapor yenilemek için başvuran olgularda ÇÖZGER tanıları		Tüm olgularda ÇÖZGER tanıları	
Tanı	N (%)	Tanı	N (%)	Tanı	N (%)
Zihinsel Yetersizlik	280 (36.1)	Gecikmiş dönüm noktası	412 (51.0)	Gecikmiş dönüm noktası	525 (44.7)
Bilişsel gelişimde gecikme	151 (19.5)	Dil gelişimsel bozukluğu	181 (22.4)	Dil gelişimsel bozukluğu	254 (21.6)
Otizm spektrum bozukluğu	109 (14.0)	Otizm spektrum bozukluğu	113 (13.9)	Otizm spektrum bozukluğu	137 (11.7)
Özgül öğrenme güçlüğü	246 (31.8)	Özgül öğrenme güçlüğü	236 (29.2)	Özgül öğrenme güçlüğü	360 (30.7)
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	75 (9.7)	Konuşma sesi bozukları	111 (13.7)	Konuşma sesi bozukları	191 (16.3)
Anksiyete Bozukluğu	1 (0.1)	Kekemelik	24 (2.9)	Kekemelik	47 (4.0)

ÇÖZGER öncesi raporlarda çocuk ve genç psikiyatrisi alanında tanısı olan olguların %36.1'inde (n=280) zihinsel yetersizlik, %19.5'inde (n=151) bilişsel gelişimde gecikme, %31.8'inde (n=246) ÖÖB, %14'ünde (n=109) OSB ve % 9.7'sinde (n=75) DEHB tanısı olduğu saptandı. Yalnızca rapor yenilemek için başvuran olguların ÇÖZGER çocuk ve genç psikiyatrisi tanıları incelendiğinde %51.0'ında (n=412) gecikmiş dönüm noktası, %29.2'sinde (n=236) ÖÖB, %39.1'inde (n=316) dil ve konuşma alanında tanı ve %13.9'unda (n=113) OSB tanısı olduğu belirlendi. ÇÖZGER raporlarında hem ilk kez rapor için başvuran hem de rapor yenilemek için başvuru yapan olgular birlikte değerlendirildiğindeyse, çocuk ve genç psikiyatrisi alanında tanı alan olguların %44.7'sinde (n=525) gecikmiş dönüm noktası, %30.7'sinde (n=360) ÖÖB, %21.6'sında (n=254) dil gelişimsel bozukluğu ve %11.6'sında (n=137) OSB tanısı olduğu belirlendi. Çocuk ve genç psikiyatrisi alanında ÇÖZGER öncesi ve ÇÖZGER tanı dağılımları Tablo 1'de verilmiştir.

Çocuk ve genç psikiyatrisi alanı dışında konulan tanılara bakıldığında ÇÖZGER öncesi düzenlenen raporlarda çocuk ve genç psikiyatrisi alanı dışında

raporu olan 539 olgunun % 54.2'sinin (n=292) dil ve konuşma, % 28.0'ının (n=151) görme, % 14.5'inin ise epilepsi üzerine tanı aldığı görüldü. ÇÖZGER'e geçiş sonrası düzenlenen raporlarda ise çocuk ve genç psikiyatrisi alanı dışında tanıları olan 528 olgunun % 49.2'sinde (n=260) görme alanı tanısı, % 24.6'sında (n=130) motor fonksiyonlara özel gelişimsel bozukluk, % 17'sinde (n=90) epilepsi tanısı mevcut idi. Olguların çocuk ve genç psikiyatrisi alanı dışında ÇÖZGER öncesi ve ÇÖZGER tanı dağılımları Tablo 2 de verilmiştir.

ÇÖZGER'de çocuk ve genç psikiyatrisi alanında özel gereksinim alanlarının dağılımı ise; % 44.7 (n=525) bilişsel gelişim alanı, % 42.4 (n=497) çocuk ve genç psikiyatrisi alanı, % 41.9 (n=492) dil konuşma iletişim gelişimi alanı şeklinde saptandı. Yine çocuk ve genç psikiyatrisi alanında önerilen özel gereksinimler incelendiğinde ise bilişsel işlevlerin desteklenmesi için rehabilitasyon/erken destek gereksinimi %44.9 (n=525), dil ve konuşma terapisi/rehabilitasyon gereksinimi %42.1 (n=492), otizm spektrum bozukluğu için terapi/rehabilitasyon gereksinimi %11.7 (n=137) ve özgül öğrenme güçlüğü için terapi/rehabilitasyon gereksinimi %30.8 (n=360) olarak saptandı.

Tablo 2. Çocuk ve genç psikiyatrisi alanı dışında ÇÖZGER öncesi ve ÇÖZGER tanı dağılımları

ÇÖZGER öncesi		ÇÖZGER	
Tanı	N (%)	Tanı	N (%)
Dil ve konuşma	292 (54.2)	Sensörinöral işitme kaybı	64 (12.1)
Görme kusuru	151 (28.0)	Görme kusuru	260 (49.2)
Epilepsi	78 (14.5)	Epilepsi	90 (17.0)
Motor fonksiyonlara özel gelişimsel bozukluk	71 (13.2)	Motor fonksiyonlara özel gelişimsel bozukluk	130 (24.6)
Serebral palsi	64 (11.9)	Serebral palsi	76 (14.4)

Tablo 3. Tüm olgu grubunda ÇÖZGER özel gereksinim düzeyleri

Özel gereksinim düzeyleri	Çocuk psikiyatrisi alanı	Sonuç özel gereksinim düzeyi
	N (%)	N (%)
Özel gereksinimi yok	130 (9.9)	48 (3.6)
Özel gereksinimi vardır	627 (48.2)	592 (45.5)
Hafif Düzeyde ögv	62 (4.8)	58 (4.5)
Orta Düzeyde ögv	244 (18.7)	198 (15.2)
İleri düzeyde ögv	15 (1.2)	14 (1.1)
Çok ileri düzeyde ögv	55 (4.2)	21 (1.6)
Belirgin düzeyde ögv	4 (0.3)	10 (0.8)
Özel koşul gereksinim vardır	165 (12.7)	361 (27.7)

ÇÖZGER'de çocuk psikiyatrisi dışındaki bölümler tarafından belirlenen özel gereksinim alanları; hareket gelişimi alanı %50.8 (n=252), görme işlevi alanı %45.8 (n=227), sinir sistemi alanı %17.9 (n=89), işitme işlevi kulak burun boğaz alanı %14.1 (n=70) ve kalıtsal-doğmalık hastalıklar alanı %12.7 (n=63) olarak bulundu. Bu alanlar ile ilişkili olarak olguların yararlanmaları amaçlanan özel gereksinimler ise fizyoterapi, ergoterapi, rehabilitasyon gereksinimi %81.9 (n=254), cihaz, ortez, protez, tekerlekli sandalye ve diğer gereçlere gereksinimi %45.8 (n=142), işitme işlev kısıtlılığı/kaybı için terapi/rehabilitasyon gereksinimi %17.4 (n=54), görme işlev kısıtlılığı/kaybı için terapi/rehabilitasyon gereksinimi %7.4 (n=23), evde ya da hastanede rehabilitasyon gereksinimi %3.2 (n=10) olarak belirlendi.

ÇÖZGER'de olguların çocuk ve genç psikiyatrisi alanındaki özel gereksinim düzeyleri incelendiğinde %48.2'sinin (n=627) ÖGV, %12.7'sinin (n=165) ÖKGV ve %9.9'unun (n=130) herhangi bir özel gereksinim düzeyi yoktur olarak raporlandığı görüldü. ÇÖZGER raporu düzenlenen olguların %26.8'inin (n=349) ise çocuk

ve genç psikiyatrisi alanı dışındaki bölümlerden özel gereksinim düzeyi aldığı ve bunların sırasıyla %65.9 (n=230) ÖKGV, %10.9 (n=38) ÖGV, %7.7 (n=27) orta düzeyde ÖGV olduğu saptandı. ÇÖZGER'de sonuç özel gereksinim düzeyi için tüm bölümler içinde en yüksek aldıkları özel gereksinim düzeyi dikkate alınmaktadır. Buna göre olguların %45.5'inin (n=592) ÖGV, %27.7'sinin (n=361) ÖKGV, %15.2'sinin (n=198) orta düzeyde ÖGV, %3.6'sının (n=48) da herhangi bir özel gereksinim düzeyi yoktur olarak raporlandığı tespit edildi. Cinsiyetler arasında özel gereksinim düzeyleri açısından yapılan karşılaştırmada hem ÇÖZGER öncesi raporlarda hem de ÇÖZGER'de istatistiksel anlamlılık saptanmadı ($p>0.05$). Bu karşılaştırma sadece çocuk ve genç psikiyatrisi için verilen özel gereksinim düzeyleri için yapıldığında da anlamlılık yoktu ($p>0.05$). Özel gereksinim düzeylerine ilişkin bilgiler Tablo 3'te verilmiştir.

Rapor yenilemek için başvuran olgularda ÇÖZGER öncesi ve ÇÖZGER raporlarındaki özür oranları tek tek karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlılık saptandı ($p<0.001$). ÇÖZGER ile birlikte 20-29 (ÖGV) ve 90-99 (ÖKGV)

Tablo 4. Rapor yenilenen olgularda ÇÖZGER öncesi yönetmelik ve ÇÖZGER engel oranları karşılaştırması

Özür oranı	Eski Rapor	ÇÖZGER	P*
	N (%)	N (%)	
20-29	282 (33.3)	326 (38.5)	<0.001
40-49	59 (7.0)	37 (4.4)	<0.001
50-59	198 (23.4)	162 (19.1)	<0.001
60-69	116 (13.7)	10 (1.2)	<0.001
70-79	61 (7.2)	21 (2.5)	<0.001
80-89	60 (7.1)	7 (0.8)	<0.001
90-99	70 (8.3)	283 (33.5)	<0.001

*McNemar test

Tablo 5. Rapor yenilenen olgularda çocuk ve genç psikiyatrisi alanındaki tanıların ÇÖZGER öncesi yönetmelik ve ÇÖZGER engel oranları karşılaştırması

Özür oranı	Çocuk ve genç psikiyatrisi alanı	Çocuk ve genç psikiyatrisi alanı	P*
	eski rapor	ÇÖZGER	
	N (%)	N (%)	
20-29	248 (33.7)	303 (41.2)	<0.001
40-49	73 (9.9)	39 (5.3)	<0.001
50-59	297 (40.4)	196 (26.7)	<0.001
60-69	35 (4.8)	13 (1.8)	<0.001
70-79	27 (3.7)	48 (6.5)	<0.001
80-89	16 (2.2)	3 (0.4)	<0.001
90-99	39 (5.3)	133 (18.1)	<0.001

*McNemar test

aralığında özür oranı alan hasta sayısında anlamlı artış olmuştur. Rapor yenilenen olgularda ÇÖZGER öncesi yönetmelik ve ÇÖZGER engel oranları karşılaştırması tablo 4'te gösterilmiştir. Aynı değerlendirme yalnızca çocuk ve genç psikiyatrisi alanındaki tanıları için yapıldığında da özür oranlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptandı ($p<0.001$). Çocuk ve genç psikiyatrisi alanında ise ÇÖZGER'e geçişle 20-29 (ÖGV), 70-79 (Çok ileri ÖGV) ve 90-99 (ÖKGV) aralığında oran alan hasta sayısında anlamlı artış olmuştur. Rapor yenilenen olgularda çocuk ve genç psikiyatrisi alanındaki tanıların ÇÖZGER öncesi yönetmelik ve ÇÖZGER engel oranları karşılaştırması Tablo 5'te gösterilmiştir.

Yine rapor yenilenen olguların dil ve konuşma alanındaki tanıları incelendiğinde ÇÖZGER öncesinde bu alanda tanısı olanların oranı %30.7 ($n=260$) iken ÇÖZGER'de bu oran %37.7 ($n=319$) olarak saptanmıştır. ÇÖZGER'de dil ve konuşma alanında tanı alma oranı ÇÖZGER öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.001$).

TARTIŞMA

Çocuk ve genç psikiyatrisi alanında özel gereksinimli çocuklara, özel eğitim desteği almaları ve kendilerine sunulan sosyal ve eğitsel haklardan yararlanabilmeleri için sağlık kurulu raporu düzenlenmektedir. ÇÖZGER bu amaçla ülkemizde güncel olarak kullanılan yönetmeliktir. Çalışmamız ÇÖZGER verilerini inceleyen ilk araştırmalar arasında yer almakta aynı zamanda ÇÖZGER öncesi raporlar ile ÇÖZGER raporlarını

karşılaştıran ilk çalışma özelliği de taşımaktadır. Çalışmamızda ÇÖZGER'e geçişle birlikte özellikle çocuk ve genç psikiyatrisine ilişkin tanı dağılımlarında önemli bir değişiklik olmamakla birlikte özür oranlarında değişim olduğu, özellikle ÇÖZGER sonrası %90-99 engel oranında yer alan grubun eski yönetmeliğe göre üç kattan fazla arttığı tespit edilmiştir.

ÇÖZGER sürecinde sağlık kuruluna başvuran olguları değerlendirdiğimiz bu çalışmada olguların yaş ortalamaları 8.63 (± 3.9) ve %65.7'si erkek olarak saptanmıştır. Sağlık kurulu başvurularının değerlendirildiği başka bir çalışmada da yaş ortalaması 8.55 (± 4.1) ve erkek çocuk oranının %67,8 olduğu görülmüştür (17). Benzer bir çalışmada erkek çocuk sayısının kızlardan 1.6 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (18). ÇÖZGER'e geçişle birlikte sağlık kurulu raporlarının değerlendirildiği Kayhan ve Öztürk (2020) tarafından yapılan çalışmada yaş ortalaması 9.10 (± 4.6), erkek çocuk oranı %62.2; Yıldız ve Tarakçıoğlu (2020) tarafından yapılan çalışmada ise yaş ortalaması 8.0 (± 4.0), erkek çocuk oranı ise %67.3 saptanmıştır (8,9). Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) 2004 yılı verilerinde ve Türkiye İstatistik Enstitüsü (TUIK) 2010 yılı verilerinde de özürlü nüfus içerisinde erkeklerin oranının kadınlardan daha yüksek olduğu belirtilmiştir (5,19). Çalışmamız ve diğer çalışmalarda erkek cinsiyet oranının daha yüksek görülüyor olmasının sebebi zihinsel yetersizlik, OSB ve ÖÖB gibi sağlık kurulu raporlarında sık yer alan psikiyatrik tanıların erkek cinsiyette daha fazla görülüyor olması ile açıklanabilir.

ÇÖZGER öncesi raporlarında çocuk ve genç

psikiyatrisi alanında raporu olan olgularda %55.6 ile bilişsel gelişim alanı tanıları (zihinsel yetersizlik %36.1; bilişsel gelişimde gecikme %19.6) en yüksek orandadır. Rapor yenileyen olguların ÇÖZGER raporlarında ve tüm olguların (rapor yenileme+ilk başvuru) ÇÖZGER raporlarında bilişsel gelişim alanı tanıları sırasıyla %51 ve %44.7 ile en yüksek oranı oluşturmaktadır. Kayhan ve Öztürk (2020) ile Yıldız ve Tarakçıoğlu (2020) tarafından yapılan çalışmalarda da gecikmiş dönüm noktası tanısının en yüksek oranı oluşturduğu görülmüştür (8,9). Özbaran ve Köse (2011) yaptıkları bir çalışmada çocuk ve gençlerde zihinsel yetersizlik ve gelişimsel geriliklerin özürli sağlık kuruluna başvurunun en sık nedeni olduğunu bildirmiştir (20). Yine sağlık kurulu başvurularının değerlendirildiği başka bir çalışmada zihinsel yetersizlik oranı %87.4, 2014 yılında yapılan bir çalışmada ise zihinsel yetersizlik oranı %61.6 ile en yüksek oranı oluşturmuştur (17,18). Bu sonuçlar zihinsel yetersizliğin çocuklarda sağlık kurulu raporlarına başvuruların önemli bir nedeni olduğuna işaret etmektedir.

Çalışmamızda ÇÖZGER’de çocuk ve genç psikiyatrisi dışı bölümlerden alınan tanıların % 49.2’sinin görme kusuru, % 24.6’sının motor fonksiyonlara özel gelişimsel bozukluk, % 17’sinin epilepsi, %14.4’ünün serebral palsi tanısı olduğu görülmektedir. ÇÖZGER üzerine yapılan bir çalışmada çocuk ve genç psikiyatrisi dışında en sık saptanan tıbbi tanıları konjenital hastalıklar, epilepsi ve serebral palsi olmuştur (8). 2014 yılında yapılan bir çalışmada da çocuk ve genç psikiyatri dışında alınan tanıların dağılımına bakıldığında epilepsi, serebralpalsi ve motor fonksiyon kaybı gibi tanıların öne çıktığı görülmektedir (17). Yakın zamanda yapılan bir çalışmada olguların çocuk ve genç psikiyatrisi dışında en sık fizik tedavi ve rehabilitasyon (%32.7) bölümünden özür oranı aldıkları belirtilmiştir (21). ÇÖZGER’e geçişle birlikte çocuk ve genç psikiyatrisi alanı dışında konan tanı grupları ve sıklıklarının yazın bulgularıyla uyumlu olduğu görülmüştür.

ÇÖZGER öncesi yönetmelikte dil ve konuşma alanı ile ilgili tanıları kulak burun boğaz hastalıkları alanında tanımlanır ve genellikle bu alan uzmanlarınca değerlendirilirken ÇÖZGER ile birlikte bu alanın değerlendirilmesinde değişikliğe gidilmiştir. Çalışmamızda rapor yenilemek için

başvuran olgularda ÇÖZGER öncesi raporlarda dil ve konuşma alanından tanı alma oranı %30.7 (n=260) olarak saptanmıştır. ÇÖZGER raporlarında ise bu alanda değerlendirmenin tamamen çocuk ve genç psikiyatrisi uzmanı tarafından yapıldığı ve tanı alma oranının %37.7 (n=319) olduğu görülmüştür. ÇÖZGER’de istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranda dil ve konuşma alanından tanısı konmuştur ($p<0.001$). Bu oransal farkın klinik değerlendirmedeki yaklaşım farklılıklarından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

ÇÖZGER’de sonuç özel gereksinim düzeyleri incelendiğinde olguların %3.6’sında, çocuk ve genç psikiyatrisi alanındaki özel gereksinim düzeyleri incelendiğinde ise %9.9’unda herhangi bir özel gereksinim düzeyi yoktur şeklinde raporlandığı görüldü. ÇÖZGER üzerine yapılan başka bir çalışmada da başvuran olguların % 3.6’sında “özel gereksinim yoktur” şeklinde raporlandığı; psikiyatrik tanıları incelendiğinde de %16.9’unda herhangi bir psikiyatrik tanı almadığı belirtilmiştir (8). Bazı durumlarda çocuk ve genç psikiyatrisi polikliniğine sadece sağlık kurulu raporu isteğiyle başvuru yapıldığı göz önüne alındığında dikkatli olunması gerekliliğini düşündürmektedir. Bu gibi durumlarda olgunun var ise resmi olmayan kurumlarda yapılan zeka ya da gelişim testlerinin klinik ile uygun olup olmadığının belirlenmesi, tanı net değilse hastanın bir süre poliklinikte izlendikten sonra rapor alımı için yönlendirilmesi önerilebilir.

ÇÖZGER öncesi ve ÇÖZGER raporlarında çocuk ve genç psikiyatrisi alanı ile ilgili yapılan değerlendirmelerde tanısal anlamda belirgin farklılık bulunmamaktadır. Ancak, rapor yenilemek için başvuran olgularda ÇÖZGER öncesi raporlar ile ÇÖZGER raporlarının özür oranları açısından karşılaştırmasında tüm özür oranları için anlamlı fark saptanmıştır. Özellikle ÇÖZGER öncesi raporlarda 90-99 arasında oran alan olgu %8.3 iken ÇÖZGER’de bu %33.5’e çıkmıştır. Aynı karşılaştırma yalnızca çocuk ve genç psikiyatrisi alanındaki tanıları için yapıldığında da anlamlılık saptanmış olup yine ÇÖZGER öncesi raporlarda 90-99 arasında oran alan olgu %5.3 iken ÇÖZGER’de bu %18.1 olarak saptanmıştır. Bu farklılığın nedeni ÇÖZGER’de eski yönetmelikten farklı olarak çocukların gereksinimlerini dikkate

alan düzenlemelerin olması olabilir. Örneğin ÇÖZGER öncesi sistemde, hafif belirtileri olan ve Atipik Otizm tanısı ile rapor düzenlenen olguların engel oranı %40 iken, ÇÖZGER’de OSB için tek özel gereksinim düzeyi (ÖKGV) belirlenmiş olup karşılık geldiği engel oranı 90-99 aralığıdır. Benzer şekilde Tip 1 Diabetes Mellitus için ÇÖZGER öncesi sistemde engel oranı yüzde 40 iken ÇÖZGER’de ÖKGV düzeyi ile 90-99 aralığında engel oranı verilmeye başlanmıştır. Yine, Kalıtsal Doğumsal Alanda yer alan Down Sendromu da 90-99 aralığında engel oranı verilen bir diğer hastalıktır. Bu değişiklikler hem hekimlere değerlendirmede hem de özel gereksinimi olan çocukların sağlık, eğitim, rehabilitasyon, diğer sosyal ve ekonomik haklara, hizmetlere erişimlerinde kolaylıklar getirmiştir. Ancak, 90-99 arasında özür oranı alan hasta sayısındaki bu belirgin artışın aileler üzerinde nasıl bir etkiye sebep olacağı açık değildir. Çalışmalar özel gereksinimli çocuğa sahip olan ebeveynlerin stres düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (22,23). ÇÖZGER’e geçişle birlikte engel oranındaki bu yükseliş, zaten stres düzeyleri yüksek olan özel gereksinimli çocukların ebeveynlerinde daha fazla strese, korkuya, paniğe ve umutsuzluğa yola açarak rapor düzenlenmek için devlet kurumlarına başvuruda bulunmaktan çekinmelerine sebep olabilir. Diğer yandan Atipik Otizm tanısına karşılık gelen özür oranının %40’tan 90-99 aralığına çıkması bu çocukların örgün eğitimde hangi sınıfta (kaynaştırma veya özel alt sınıf gibi) yer alması gerektiği konusunda karışıklığa neden olabilir. Bunların özel gereksinimli çocuk ve ebeveynleri üzerindeki etkileriyle ilgili ileri çalışmalara gereksinim vardır.

ÇÖZGER öncesi raporlarda, olguların % 9.7’sinde DEHB tanısı olduğu saptanmıştır. ÇÖZGER’de yapılan bir diğer değişiklik DEHB’nin özel eğitim raporu düzenlenen hastalıklar grubundan çıkarılmasıdır. Bu durum, DEHB tanısına sahip olguların sınıf içi ve sınavlarla ilgili düzenlemeler gibi bazı hususlardan yararlanmaları ve eğitsel yönlendirmelerin yapılmasında zorluklara neden olabilir.

Çalışmamızın önemli sınırlılıklarından biri verilerin geriye dönük olarak incelenmesidir. Bir diğer sınırlılık ise otizm spektrum bozukluğu gibi

tanıların nesnel ölçümlerle değil sadece klinik değerlendirmeye dayalı olarak konulmasıdır. Tüm bu sınırlılıklara rağmen ÇÖZGER çalışmamız sonuçları, çocuk ve genç psikiyatri pratiğinde bu olgulara yaklaşıma yol gösterecek, hem de yapılacak yeni düzenlemelere katkı sağlayacaktır.

SONUÇ

Sonuç olarak; çalışmamız Sağlık Kurulu başvurularının çok önemli bir bölümünün çocuk ve genç psikiyatrisi alanını ilgilendirdiğini saptamıştır. Bu bulgu, çocuk ve genç psikiyatristinin klinik pratikte sağlık kurulu hastalarının doğru tanılanması ve sonrasındaki rehabilitasyon için yönlendirilmesinde kritik öneme sahip olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda, ÇÖZGER’e geçişle birlikte 90-99 aralığında özür oranı alan hasta sayısında artış olduğunu saptanması ise bir diğer önemli bulgudur. Bu durum özel gereksinimi olan çocukların eğitime ek olarak diğer sosyal haklardan da yararlanabilmesini kolaylaştırmıştır. ÇÖZGER’in getirdiği avantajlar ve dezavantajlarla ilgili çalışmalara ihtiyaç duyulmakla birlikte bulgularımızın, benzer konuda planlanacak diğer çalışmalara ve bu konudaki yeni düzenlemelere katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr. Barış Güller, Dörtgelik Çocuk Hastanesi, Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Kliniği, Bursa, Türkiye drbarisguller@gmail.com

KAYNAKLAR

1. World Health Organization (WHO). International classification of functioning and disability and health (ICF). Switzerland, WHO, Geneva, 2001.
2. Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. 28173 Sayılı, 14 Ocak 2012 Tarihli Resmî Gazete, 2012, Ankara.
3. United Nations Statistics Division [UNSD]. The collection and dissemination of statistics on disability at the United Nations Statistics Division: Proposals for the future. New York: United Nations, 2003.
4. Eide AH, Loeb ME. Data And Statistics on Disability in Developing Countries. Disability Knowledge and Research Programme Executive Summary, 2005.
5. Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) (2004) Türkiye Özürlüler Araştırması 2002. Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara.
6. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130330-4.htm> 01.07.2020 tarihinde erişilmiştir.
7. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/02/20190220-1-1.pdf> 02.07.2020 tarihinde erişilmiştir.
8. Kayhan M, Öztürk Y. Bir Üniversite Hastanesine Çocuklar İçin Özel Gereksinim Raporuna Başvuran Olguların Klinik ve Sosyodemografik Özellikleri. Osmangazi Tıp Dergisi Osmangazi. 2020; 42:240-248.
9. Yıldız D, Tarakçıoğlu MC. Çocuklar için özel gereksinim raporu (ÇÖZGER) almak için başvuran hastaların klinik özellikleri, eş tanılarının incelenmesi, yeni değişen ÇÖZGER yönetmeliğine göre aldıkları tanı ve özür oranlarının eski tanı ve özür oranları ile karşılaştırılması. İKSSTD 2020;12(2):144-50.
10. Savaşır I, Şahin N. Wechsler çocuklar için zekâ ölçeği (WISC-R). Ankara Türk Psikologlar Derneği, 1995.
11. Öktem F, Gençöz T, Erden G, Sezgin N, Uluç S. Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği IV (WÇZÖ-IV) Uygulama ve Puanlama El Kitabı Türkçe Sürümü. 2013. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
12. Uluç S, Öktem F, Erden G, Gençöz T, Sezgin N. Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği IV: Klinik bağlamda zekânın değerlendirilmesinde Türkiye için yeni bir dönem. Türk Psikoloji Yazıları. 2011;14(28), 49-57.
13. Anlar B, Yalaz K. Denver II gelişimsel tarama testi. Türk çocuklarına uyarlanması ve standardizasyonu. Hacettepe Çocuk Nörolojisi Gelişimsel Tıp Araştırmaları Grubu, Ankara; 1995: 1-43.
14. Savaşır I, Sezgin N, Erol N. Ankara Gelişim Tarama Envanteri El Kitabı. 1995; Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi.
15. Korkmazlar Ü. 6-11 yaş ilköğretim çocuklarında özel öğrenme bozukluğu ve tanı yöntemleri. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi .Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. 1992.
16. Turgut S, Erdem G, Karakaş S. Özgül Öğrenme Güçlüğü (ÖÖG) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) birlikteliği ve kontrol gruplarının ÖÖG bataryası ile belirlenen profilleri. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg. 2010;17:13-25.
17. Şahin N, Altun H, Kara B. Özürlü Çocuk Sağlık Kurulu Raporlarının Değerlendirilmesi. Kocatepe Tıp Dergisi 2014;15(1):48-53.
18. Başgül S, Saltık S. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi-Özürlü Çocuk Heyeti'nin 2010 yılı verileri. Göztepe Tıp Dergisi 2012;27:45-9.
19. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Özürlülerin sorun ve beklentileri araştırması, 2010. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, 2011.
20. Özbaran B, Köse S. Sağlık kurulu raporları; 6 yıllık Ege Üniversitesi deneyimi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2011;18:67-72.
21. Yektaş Ç, Kaplan S E. Bir Üniversite Hastanesi Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Birimi'ne Başvuran Hastaların Sağlık Kurulu Raporlarının Değerlendirilmesi. Konuralp Tıp Dergisi. 2017;9:52-56.
22. Özşenol F, Işıksan V, Ünay B, Aydın Hİ, Akın R, Gökçay E. Engelli çocuğa sahip ailelerin aile işlevlerinin değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2003; 45:156-64
23. Bahar A, Bahar G, Savaş HA, Parlar S. Engelli çocukların annelerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile strese başa çıkma tarzlarının belirlenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009; 4:97-112.

Suçta sürüklenen çocukların adli psikiyatrik değerlendirme ve rapor sonuçları: İki yıllık retrospektif dosya taraması

Forensic psychiatric evaluation and reports of juvenile pushed to crime: A two-year retrospective chart review

Çilem Bilginer¹, Serkan Karadeniz², Sevda Hızarcı³, Berire Cekin Yılmaz³, Sema Kandil⁴

¹Dr. Öğr. Üyesi, ³Dr. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D., Trabzon, Türkiye

<https://orcid.org/0000-0003-3375-3183> <https://orcid.org/0000-0001-5319-5866> <https://orcid.org/0000-0003-0579-931X>

²Dr., Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü, Türkiye <https://orcid.org/0000-0003-3789-9331>

⁴Prof. Dr., KTU Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. Emekli Öğretim Üyesi, Trabzon, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-5331-5378>

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, bir çocuk psikiyatrisi kliniğine iki yıllık sürede getirilen suçta sürüklenen çocukların özelliklerini, düzenlenen adli raporları ve çocuklara ait tedbir kararlarını sunmak amaçlanmıştır. **Yöntem:** Toplam 67 çocuğa (59 erkek ve 8 kız) ait sosyodemografik, klinik ve suça ilişkin veriler SPSS 23.0 paket programına girilerek gerekli istatistikler uygulanmıştır. **Bulgular:** Yaş ortalaması 15.2 ± 1.3 olan çocukların %22.4'ünün tekrarlayan suç öyküsü mevcuttu. Çocukların %20.9'unun ailesinde, %43.3'ünün arkadaşları arasında en az bir kişi daha önce suça karışmıştı. En sık suç tipleri hırsızlık, cinsel istismar ve mala zarar verme idi. Suçun tekrarlayıcılığı ile okulu bırakma, disiplin cezası alma, önceden psikiyatrik bozukluğu olma, sigara içme, kendine zarar verici davranışı olma, suça sürüklenen arkadaşı olma, hırsızlık ve mala zarar verme arasında anlamlı ilişki bulundu. Adli raporların %25.4'ünde "işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algıladığı ve davranışlarını yönlendirebildiği", %28.4'ünde "işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algıladığı ancak davranışlarını yönlendiremediği", %46.3'ünde "işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılamadığı ve davranışlarını yönlendiremediği" belirtilmişti. Ayrıca çocukların yaklaşık yarısına koruyucu ve destekleyici tedbir önerisinde bulunulmuştu. Önerilen ve çıkan tedbir kararları arasında yaklaşık dört ay vardı ve bunlar büyük oranda birbirinden farklıydı. **Sonuç:** Çocukların tekrarlı suç eyleminden korunması için bireysel, ailesel ve çevresel risk etmenleri birlikte ele alınmalı ve bu çocuklara yönelik koruyucu hizmetlerde görev alan kurumların işbirliği güçlendirilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Ergen, çocuk suçluluğu, tekrarlayıcı suç, adli psikiyatri, koruyucu ve destekleyici tedbirler

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2021;24:217-227)

DOI: 10.5505/kpd.2020.02360

SUMMARY

Objective: In this study, we aimed to present the characteristics of juvenile pushed to crime who were brought to a child psychiatry clinic in a two-year period, the forensic reports and the measure decisions for these children. **Method:** Sociodemographic, clinical and crime data of 67 children (59 boys and 8 girls) were entered into the SPSS 23.0 package program and required statistics were applied. **Results:** 22.4% of the children with an average age of 15.2 ± 1.3 had recurrent crime. At least one in the family of 20.9% and among friends of 43.3% were involved in crime before. The most common types of crime were theft, sexual abuse and property damage. A significant relationship was found between the recidivism and the disciplinary penalty, school drop-out, prior psychiatric diagnosis, smoking, self-injurious behavior, having peers pushed into crime, crimes as theft and property damage. In 25.4% of the judicial reports, "the child perceives the legal meaning of the act committed and controls his/her behavior", in 28.4% "the child perceives the legal meaning of the act committed however cannot control his/her behavior", and in 46.3% "the child does not perceive the legal meaning of the act committed and cannot control his/her behavior" was reported. Preventive/supportive measures were recommended for approximately half of the children. There was approximately four months between the recommended and the taken measures, and these were substantially different from each other. **Discussion:** Individual, familial and environmental risk factors should be addressed together to protect children from recidivism and the cooperation of institutions involved in protective services should be strengthened.

Key Words: Adolescent, juvenile delinquency, recidivism, forensic psychiatry, protective and supportive measures

GİRİŞ

Çocuk Koruma Kanunu'na göre kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiili işlediği iddiası ile hakkında soruşturma veya kovuşturma yapılan ya da işlediği fiilden dolayı hakkında güvenlik tedbirine karar verilen çocuğa "suça sürüklenen çocuk (SSÇ)" denir (1). Türkiye'deki resmi istatistik verileri, güvenlik birimlerine gelen veya getirilen yıllık yaklaşık 110 bin çocuk olduğunu gösterir. Erkek çocuklar kızlardan altı kat daha sık SSÇ olurken bu çocuklara en sık isnat edilen suç tipi yaralama ve hırsızlıktır (2). Suça sürüklenen çocuklar, erişkin suçluğu adına oluşturduğu yüksek risk ve bireysel olumsuz sonuçları nedeniyle önemli bir araştırma konusu olmuştur (3). Kısa vadede bakıldığında, suç davranışı gencin güvenliğini tehdit eden basit yaralanmalar, hatta ölümle sonuçlanabilecek yaralanmalar ya da kontrolsüz cinsel davranışlara bağlı olası hastalıklar gibi olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Uzun vadede ise gencin, toplumun bir parçası olarak gelişmesini engelleyerek hem genç hem de toplum için kayıp bir geleceğe neden olur (4).

Ergenlik dönemi, gelişimsel açıdan gencin birçok değişime ayak uydurmaya çalıştığı, aynı zamanda suç davranışının yüksek oranda görüldüğü çocukluktan yetişkinliğe geçiş sürecidir. Bu dönem, bilişsel, sosyal, hormonal ve nörobiyolojik immatüriteye bağlı olarak, bireyleri risk alma davranışlarına yatkın hale getirir (5). Bireysel anlamda, çocuğun problemle baş etme becerilerinin yetersizliği, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ya da davranım bozukluğu gibi psikiyatrik tanıları, çocukluk çağı kötü muamele öyküsü gibi etmenler gencin davranışsal gelişimini olumsuz etkileyip suça sürüklenmesini kolaylaştırabilir (4,6). Buna ek olarak ebeveynlerin çocuk yetiştirme konusundaki tutumları, çocuklarının ekonomik ya da duygusal ihtiyaçlarını karşılama biçimleri ya da çocukla iletişim biçimleri gibi ailesel etmenler; çocuğun okula devamı, okul kurallarına uyumu, öğretmen ve akranlar ile ilişkileri gibi okul çevresi ile ilişkili etmenler ve son olarak çocuğun akran gruplarına ait özellikler, örneğin antisosyal davranışlar sergileyen akranlarının olması gibi etmenler çocuk suçluluğu ile ilişkilendirilir (4). Ayrıca gencin içinde bulunduğu çevre, bu çevrede tanık olduğu suç

yaşantılarının da aile, okul ve akranlara ait özellikler kadar suça sürüklenme ile ilişkili önemli bir etkidir (7). Curcio ve ark.'ın tanımladığı psikososyal modele göre ergenlik dönemindeki okul devamsızlığı, ebeveyn kontrolünün zayıflığı, suça dair algılanan ciddiyetin zayıflığı, ergenin dürtüsellliği, empati yeteneğinin zayıflığı, yenilik arayışı ve risk alma davranışları olan akranlarının etkisi gibi bireysel ve sosyal kontrole ilişkin olumsuz etmenler, çocuk suçluluğuna yatkınlığın önemli belirleyicileridir (8).

Çocuk suçluluğu ile ilişkili risk etmenleri aynı zamanda tekrarlayıcı suç için önemli etmenlerdir. Ancak suçun tekrarlayıcılığı ile ilişkili araştırmalarda, cinsiyete göre öne çıkan risk etmenlerinin olabildiği, erkeklerde akran etkisinin kızlarda ise ailesel etmenlerin daha güçlü etmenler olduğu aktarılır (9). Tekrarlayıcı suç davranışının önüne geçebilmek için tüm risk etmenlerinin dikkat değerlendirilmesi ve suç davranışın altında yatan asıl etmenin belirlenerek hedefe yönelik müdahalelerde bulunulması önerilir (10). Sonuç olarak çocuk suçluluğu; nedenleri ve sonuçları bakımından hukuki, psikolojik ve sosyal yönleri ile multidisipliner bir sorun olarak değerlendirilebilir. Bu olgunun tüm dünyada artış gösteriyor olması, çocukları suçtan korumak ve suçun tekrarlamasını önlenmek adına koruyucu ve destekleyici hizmetleri gündeme getirmiştir. Türkiye'de, bu soruna yol açtığı bilinen bireysel, ailesel ve çevresel risk etmenleri çerçevesinde SSÇ'lerin korunması ve desteklenmesini hedefleyen hizmetler Çocuk Koruma Kanunu'nda tanımlanmıştır. Ancak bu hizmetleri değerlendiren araştırmalar yetersizdir.

Bugüne kadar, çocuk psikiyatrisi kliniklerinde değerlendirilen SSÇ'lere ait tanımlayıcı birçok araştırma yürütülmüştür (11-16). Bu çalışmalarda SSÇ'lerin sosyodemografik ve klinik özelliklerinin sunulduğu, işledikleri iddia olunan suç tipleri ve istenen rapor sonuçlarının tanımlandığı görülmektedir. Bizim çalışmamızda, bir üniversite hastanesinin çocuk psikiyatrisi kliniğine, iki yıllık sürede getirilen SSÇ'lere ait benzer tanımlayıcı verilere ek olarak suçun tekrarlayıcılığı ile ilişkili olabilecek faktörleri, suç tiplerine göre çocukların tanımladığı suç motivasyonlarını ve çocuklar hakkında alınan tedbir kararlarına ilişkin eldeki verileri sunmak amaçlanmıştır. Çalışma veri-

lerinden yola çıkılarak çocuk suçluluğunun azaltılması ve çocuğun tekrarlayan suç davranışından korunması adına sunulabilecek hizmetler ve mevcut hizmetlerin geliştirilmesi için yapılabilecek yeni araştırmalar literatür eşliğinde tartışılmıştır.

YÖNTEM

Bu çalışmaya 01.12.2017-01.12.2019 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi kliniğine adli psikiyatrik değerlendirme için getirilmiş tüm çocuklar dahil edilmiştir. Çalışma için gerekli veriler, kliniğin kendine ait arşivinde yer alan dosya kayıtlarının geriye dönük incelenmesi ile elde edilmiştir.

Çalışmanın yürütüldüğü klinikte, adli psikiyatrik değerlendirme amacı ile getirilen çocuklar ilk olarak klinikte görevli bir araştırma görevlisi tarafından değerlendirilir. Bu değerlendirme sırasında her çocuk için bir çocuk psikiyatrisi dosya kaydı oluşturulur ve klinikte kullanılmakta olan yarı yapılandırılmış anamnez formu eksiksiz olarak doldurulur. Bu formda çocukların yaşı, cinsiyeti, kaç kardeş oldukları, okula devam edip etmedikleri, anne ve babalarının yaşı, eğitim düzeyleri, birlikte yaşayıp yaşamadıkları, ailede psikiyatrik bir bozukluk ya da suça karışma öyküsü olup olmadığı gibi veriler ilgili kısımlara kaydedilir. Ayrıca suça sürüklenen çocuklarda standart olarak, çocuğun okula devam ettiği süre boyunca disiplin cezası alıp almadığı, alkol-madde kullanımı, kendine zarar verme davranışı olup olmadığı, arkadaşları arasında suça sürüklenme öyküsü olup olmadığı, kendisinin suça sürüklenme öyküsü, suç tipi, niteliği, tekrarlayıcılığı, çocuğun suç motivasyonu, daha önce çocuk psikiyatrisi başvurusu ya da psikiyatrik bir tanısı olup olmadığı, aile içi ebeveyn-çocuk etkileşimi gibi veriler kaydedilir. Bu değerlendirmenin ardından, klinikte görevli öğretim üyesi danışmanlığında suça sürüklenen çocuğun son ruhsal durum muayenesi yapılarak rapor düzenlenir. Her olgu ile psikiyatrik tanı amaçlı yapılandırılmış bir görüşme yapılmamaktadır. Tanılar, değerlendirmeyi yapan öğretim üyesi tarafından DSM-5 tanı kriterleri temel alınarak konur (17). Değerlendirmeler

sırasında, klinik olarak zihinsel yetersizlikten şüphelenilen her olgudan zeka testi istenir. Test sonucu, klinik değerlendirme sonucu ile ortak olarak değerlendirilerek raporlanır.

Çalışma için gerekli verilerin toplanması aşamasında öncelikle hastane yönetiminden dosya taraması için izin alınmış ardından ... Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan 2020/8 protokol numarası ile onay alınmıştır. Bu çalışmada, çocuklara ait dosyalar içinden araştırmada kullanılması belirlenen verilere ek olarak çocukların adli psikiyatrik rapor sonuçları ve çocuklar hakkında çıkan tedbir kararları SPSS 23.0 paket programına kaydedilmiştir.

İstatistiksel değerlendirmelerde ölçümle elde edilen veriler, aritmetik ortalama $\pm$ standart sapma; sayımla elde edilen veriler yüzde (%) olarak gösterilmiştir. Ölçümle elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. İki grup arasında normal dağılıma uymayan ortalamaların karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Dikotomik olarak kodlanmış niteliksel verilerin (ör. disiplin cezası var/yok; psikiyatrik bozukluk var/yok; sigara kullanma var/yok gibi) iki grup arasında (ör. tek suçu olan SSÇ'lere karşı tekrarlayan suçu olan SSÇ'ler) karşılaştırılmasında 2x2 Ki-kare testi kullanılmıştır. Niteliksel verilerin üç grupta (fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını anlama ve davranışlarını yönlendirme yeteneğine ilişkin düzenlenen üç farklı rapor grubunda) karşılaştırılmasında çok gözlü Ki-kare testi kullanılmış, ardından ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Her Ki-kare testinin etki boyutu Cramér's V testi ile değerlendirilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak alınmıştır.

BULGULAR

A. Çocuklara ve ailelerine ait sosyodemografik veriler

Çalışmaya 67 suça sürüklenen çocuk (59 erkek; 8 kız) dahil edildi. Yaş ortalaması 15.2 ± 1.3 yaş olan çocukların %29.9'u ($n=20$) okulu bırakmış ve %22.4'ünün ($n=15$) zihinsel yetersizliği mevcuttu. Okula devam eden çocukların %68.1'i lise

öğrencisi, %31.9'u ortaokul öğrencisiydi. Çocukların %34.3'ünün (n=23) okula devam ettikleri sürede en az bir kez disiplin cezası aldığı öğrenildi.

Değerlendirme sırasında çocukların %92.5'i (n=62) ailesinin yanında, %4.5 (n=3)'ü kurum bakımında, %3 (n=2)'si ceza evinde kalmaktaydı. Çocukların %9.7'si (n=3) tek ebeveynliydi. Ebeveynler arasında ya da ebeveyn-çocuk arasında çatışma oranı %22.4 (n=15) iken beş çocuğun (%7.5) aile içi cinsel istismar mağduru (4 erkek, 1 kız) olduğu öğrenildi. Annelerin eğitim düzeyi ortalama 5.5 ± 3.1 yıl iken babaların eğitim düzeyi ortalama 6.2 ± 3.1 yıldır. Son olarak çocukların ortalama kardeş sayısı 3.5 ± 1.6 (1-9 kardeş) idi.

B. Çocuğun ve ailesinin psikiyatrik öyküsü

Çocukların %44.8'i (n=30) daha önce en az bir kez çocuk psikiyatrisi başvurusunda bulunmuştu. Bu çocukların 14'ünde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), 14'ünde zihinsel yetersizlik (ZY), 12'sinde davranım bozukluğu (DB) tanısı mevcuttu. Diğer yandan çocukların annelerinin %12'sinde (n=8), babalarının %7.5'inde (n=5) ve kardeşlerinin %10.5'inde (n=7) en az bir psikiyatrik bozukluk mevcuttu.

Çocukların yapılan son ruhsal durum değerlendirmesinde; %37.3 (n = 25)'inin herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmadığı, geriye kalanlara

Tablo 1. Suça sürüklenen çocuklara konulan psikiyatrik tanılar

Tanımlar	n (%)
Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu	22 (%33.0)
Davranım bozukluğu	16 (%23.9)
Zihinsel yetersizlik	15 (%22.4)
Travma sonrası stres bozukluğu	4 (%6.0)
Bipolar affektif bozukluk	2 (%3.0)
Otizm spektrum bozukluğu	1 (%1.5)
Depresyon	1 (%1.5)
Tanı yok	25 (%37.3)

*Toplam 67 suça sürüklenen çocuk arasındaki tanı dağılımını yansıtmaktadır. Bir çocuğa birden fazla tanı konduğu olmuştur.

en sık DEHB, (DB) ve zihinsel yetersizlik tanılarını konduğu saptandı (Tablo 1). Ayrıca 7 çocuğun (%10.4) kendine zarar verici davranışları, 28 çocuğun (%41.8) sigara kullanımı ve 4 çocuğun (%6.0) alkol kullanımı mevcuttu.

C. Suç tipleri, suç motivasyonu ve suçun tekrarlayıcılığı

Çocukların %35.8 (n = 24)'ünden aynı anda birden fazla suça bağlı olarak adli psikiyatrik değerlendirme talep edilmişti. En sık değerlendirme yapılan suç tipleri sırasıyla hırsızlık, cinsel istismar ve mala zarar verme olmuştur (Tablo 2). Öte yandan çocukların %38.3'i (n=26) arkadaşları ile birlikte suça sürüklenmişti. Bu suçlar; hırsızlık, mala zarar verme, konut dokunulmazlığının ihlali, cinsel istismar, hakaret ve taksirle ölüme sebebiyetti. Çocukların en sık tanımladığı suç motivasyonu ise "kazanç elde etmek" olmuştur. Değerlendirme sırasında tanımlanan suç motivasyonlarına göre suç tipleri

Tablo 2. Suça sürüklenen çocukların karşıtığı suç tipine göre suçun tekrarlayıcılığının karşılaştırılması

Suç tipleri	Tek suç n (%)	Tekrarlı suç n (%)	Toplam SSÇ n (%)	p	Cramér's V
Hırsızlık	17 (%32.7)	10 (%66.7)	27 (%40.3)	.018**	.29*
Cinsel istismar	19 (%36.5)	2 (%13.3)	21 (%31.3)	.119 ^b	.21
Mala zarar verme	7 (%13.5)	7 (%46.7)	14 (%20.9)	.010**	.34*
Konut dokunulmazlığının ihlali	5 (%9.6)	3 (%20.0)	8 (%11.9)	.365 ^b	.13
Yaralama	5 (%9.6)	1 (%6.7)	6 (%8.9)	1.000 ^b	.04
Hakaret	4 (%7.7)	1 (%6.7)	5 (%7.5)	1.000 ^b	.01
Tehdit	3 (%5.8)	2 (%13.3)	5 (%7.5)	.310 ^b	.12
Kasten öldürme	2 (%3.8)	-	2 (%3.0)		
Kişiyi hürriyetinden yoksun kılma	2 (%3.8)	-	2 (%3.0)		
Görevi engelleme	1 (%1.9)	-	1 (%1.5)		
İftira	1 (%1.9)	-	1 (%1.5)		
Taksirle ölüme sebebiyet	1 (%1.9)	-	1 (%1.5)		

SSÇ: Suça sürüklenen çocuk. Bir SSÇ'nin birden farklı suça sürüklenmesi olabilmektedir. Toplam SSÇ n = 67. Tek suç için n = 52. Tekrarlayan suç için n = 15. Tek suç ve tekrarlayan suç ile değerlendirilen SSÇ'lerin kendi içinde karşılaştıkları suçların dağılımı n(%) olarak sunulmuştur. Suçun tipine göre tekrarlayıcılığı Ki-kare testi ile karşılaştırılmıştır.

*Pearson Ki-kare, ^bFisher's Exact Ki-kare

*: p < .05

Cramér's V <.10 ihmal edilebilir ilişki; .10 - <.20 zayıf ilişki; .20 - <.40 orta ilişki; .40 - <.60 relatif güçlü ilişki; .60 - <.80 güçlü ilişki; .80 - <1.00 çok güçlü ilişki

Tablo 3. Suçta sürüklenen çocukların tanımladığı suç motivasyonlarına göre suç tiplerinin dağılımı

Tanımlanan suç motivasyonu	Suç tipleri
Kazanç elde etmek	Hırsızlık, Mala zarar verme, Konut dokunulmazlığının ihlali, Kasten öldürme, Hakaret, Tehdit
İntikam almak	Görevi engelleme, Yaralama, Tehdit, Hırsızlık
İntikam almak ve kazanç elde etmek	Hırsızlık, Mala zarar verme, Tehdit
Haksızlığa uğradığını düşünmek	Hakaret, Yaralama
Dikkat çekmek	İftira
Oyun oynamak	Cinsel istismar, Kişiyi hürriyetinden yoksun kılma, Hırsızlık, Mala zarar, Yaralama, Konut dokunulmazlığı ihlali, Hakaret
Yanlışlıkla	Taksirle ölüme sebebiyet
İstismarda bulunmak	Cinsel istismar
Neden belirtilmemiş	Cinsel istismar, Hakaret

Tablo 3’de yer almıştır.

Cinsel suçlar nedeniyle getirilen 21 çocuğun %95.2’si (n=20) erkekti. Bu suçların %28.5’inde (n=6) mağdur aile içi (kız kardeş, kuzen) iken diğer mağdurlar SSC’nin akrabalarıydı. Çocukların %66.6’sı (n = 14) yapılan psikiyatrik görüşme sırasında üzerine atılı olan suçu inkar etmişti. Adli dosyada yer alan suçlar incelendiğinde çocukların %85.7’sinin dokunma ya da dokundurma (oral temasa zorlama) tipi, %9.5’inin (n=2) penetrasyon tipi, %4.7’sinin (n=1) ise cinsel içerikli video yayma tipi cinsel istismar ile suçlandığı saptandı. Çocukların dördü, aynı olayda hem mağdur hem de SSC olarak değerlendirilmişti. Bu dört mağdura ek olarak iki çocuğun daha, önceden cinsel istismar mağduru olduğu saptandı. Ayrıca çocuklardan ikisinin (%9.5) önceden hırsızlık suçu ile SSC olarak değerlendirildiği, %19’unun (n=4) ailesinde suça karışan bireyler olduğu saptandı.

Tüm SSC’lerin %22.4’ünün (n=15) tekrarlayan suç öyküsü mevcuttu. Tekrarlayıcı suçu olanların %93.3’ü erkekti. Ancak cinsiyete göre suçun tekrarlayıcılığı Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında

arada anlamlı fark bulunmadı (p=.672). Öte yandan çocukların %20.9’unun (n=14) ailesinde en az bir kişi daha önce suça karışmıştı. Bunların %78.5’i (n=11) baba ve kardeş gibi birinci derece akrabalar iken %22.5’i ikinci ya da üçüncü derece akrabalar idi. Suçun tekrarlayıcılığı ile ailede suç öyküsü olup olmaması arasında anlamlı fark bulunmadı (p=1.000). Çocukların arkadaşları arasında suça sürüklenme oranı %43.3 (n=29) bulundu. Erkeklerin %45.8’inin (n=27) kızların ise %25’inin (n = 2) arkadaşlarında da suça sürüklenme mevcuttu. Suçun tekrarlayıcılığı ile okulu bırakmış olma, disiplin cezası olması, önceden psikiyatrik bir tanısı olması, “kazanç elde etmek” motivasyonunda olma, arkadaşları arasında suça sürüklenme öyküsü olma, sigara kullanma, kendine zarar verici davranışı olma ve hırsızlık, mala zarar vermek suçlarına karışmış olma arasında anlamlı ilişki olduğu saptandı (Tablo 4). Diğer yandan anne ve babaların eğitim yılı ortalamaları ile suçun tekrarlayıcılığı arasında anlamlı ilişki olmadığı (sırasıyla p= .280; Z = -1.080; p= .956 Z = -0.056), ayrıca tekrarlayıcı suçu bulunan çocuklarda ortalama kardeş sayısının tek suçu bulunanlara göre daha yüksek olduğu (sırasıyla 3.9±1.9; 3.3±1.5) ancak

Tablo 4. Suçun tekrarlayıcılığı ile çocuğa ya da suça dair bazı özelliklerin karşılaştırılması

Çocuğa ya da suça dair özellikler	Tek suç n(%)	Tekrarlayan suç n(%)	p	Cramér’s V
Suç motivasyonunun “kazanç elde etmek” olması	37 (%71.2)	5 (%33.3)	.008 ^a	.32*
Okulu bırakmış olma	11 (%21.2)	9 (%60.0)	.008 ^{a,b}	.35*
Disiplin suçu olması	12 (%23.1)	11 (%73.3)	.001 ^{a,c}	.44*
Arkadaşlarında suça sürüklenme öyküsü	18 (%34.6)	11 (%73.3)	.008 ^a	.32*
Ailede suç öyküsü	11 (%21.2)	3 (%20.0)	1.000 ^b	.01
Önceden psikiyatrik tanısı olması	18 (%34.6)	10 (%66.7)	.027 ^a	.27*
Zihinsel yetersizliğinin olması	9 (%17.3)	6 (%40.0)	.083 ^b	.22
Sigara kullanma	17 (%32.7)	11 (%73.3)	.012 ^c	.34
Alkol kullanma	3 (%5.8)	1 (%6.7)	1.000 ^b	.01
Kendine zarar verici davranışta olma	3 (%5.8)	4 (%26.7)	.040 ^{a,b}	.28*
Tek ebeveynli olma	3 (%5.8)	2 (%13.3)	.310 ^b	.12
Akrabalık	13 (%25.0)	2 (%13.3)	.490 ^b	.11
Aile içinde çatışma olması	11 (%21.2)	4 (%26.7)	.728 ^b	.05

Tek suç için n = 52, Tekrarlayan suç için n = 15. Bir SSC’de, çocuğa ve suça dair değerlendirilen özelliklerin olup olmaması ile çocuğun tekrarlayıcı suç davranışı olup olmaması arasındaki ilişki Ki-kare testi ile karşılaştırılmıştır.

^aPearson Ki-kare, ^bFisher’s Exact Ki-kare, ^cYates Correction

*: p < .05

Cramér’s V <.10 ihmal edilebilir ilişki; .10 - <.20 zayıf ilişki; .20 - <.40 orta ilişki; .40 - <.60 relatif güçlü ilişki; .60 - <.80 güçlü ilişki; .80 - <1.00 çok güçlü ilişki

arada anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p=.297$; $Z = -1.044$).

D. Adli Raporlama

Adli psikiyatrik değerlendirme sonunda çocukların %46.3'üne ($n = 31$) "işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılamadığı, davranışlarını yönlendirme yeteneğinin gelişmediği", %28.4'üne ($n=19$) "işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algıladığı ancak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin gelişmediği", %25.4'üne ($n=17$) "işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algıladığı, davranışlarını yönlendirme yeteneğinin geliştiği" yönünde rapor düzenlenmişti. İlk grupta psikiyatrik bozukluk oranı %54.8, ikinci grupta %89.5 ve son grupta %47.1 bulundu ($p = .008$; $df = 2$; $\chi^2=9.541$). DEHB ve/veya DB tanısı oranı ise ilk grupta %29.0, ikinci grupta %68.4 ve üçüncü grupta %35.3 bulundu ($p=.019$; $df = 2$; $\chi^2= 7.943$). İkili karşılaştırmalarda "işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılar ancak davranışlarını yönlendirme yeteneği gelişmemiştir" raporu düzenlenen çocukların diğer çocuklara göre anlamlı olarak daha yüksek oranda psikiyatrik bozukluğu, DEHB ve/veya DB tanısı olduğu bulundu. Öte yandan fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algıladığı ve davranışlarını yönlendirebildiği raporlanan çocukların %35.3'ünün ($n=6$) tekrarlayan suç öyküsü olduğu, bu oranın fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılamadığı ve davranışlarını yönlendiremediği raporlanan çocuklar ile fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algıladığı ancak davranışlarını yönlendiremediği raporlanan çocuklardan daha yüksek olduğu (sırasıyla %12.9 ve %26.3), buna karşın yapılan ikili karşılaştırma analizlerinde arada anlamlı fark olmadığı saptandı.

E. Tedbir Kararları

Suçla sürüklenen çocukların %17.9 ($n=12$)'si hakkında daha önceden alınmış tedbir kararı mevcuttu. Psikiyatrik değerlendirme sonundaki adli raporlarda, 7 çocuğa sağlık, 9 çocuğa danışmanlık, 13 çocuğa sağlık ve danışmanlık, 1 çocuğa sağlık ve eğitim, 1 çocuğa danışmanlık+eğitim tedbiri olmak üzere toplam 31 çocuğa (%46.3) tedbir önerisinde bulunulmuştu. Sağlık tedbiri önerilen 7 çocukta 1'ine sağlık, 1'ine danışmanlık, 1'ine ise bakım ted-

biri çıkarıldığı; danışmanlık tedbiri önerilen 9 çocukta 2'sine danışmanlık tedbiri çıkarıldığı; sağlık ve danışmanlık tedbiri önerilen 13 çocukta 1'ine danışmanlık, 1'ine sağlık ve danışmanlık, 1'ine danışmanlık ve eğitim, 1'ine danışmanlık ve bakım, 1'ine de sağlık, danışmanlık ve eğitim tedbiri çıkarıldığı; son olarak sağlık ve eğitim tedbiri önerilen 1 çocuğa danışmanlık tedbiri çıkarıldığı öğrenildi. Öte yandan adli raporda tedbir önerisinde bulunulmayan 36 çocukta 6'sına danışmanlık, 1'ine sağlık ve danışmanlık, 1'ine sağlık ve bakım, 2'sine danışmanlık ve eğitim, 1'ine de yalnızca eğitim tedbiri çıkarıldığı saptandı. Geriye kalan çocuklara çalışma verilerinin toplandığı süre içinde herhangi bir tedbir kararı çıkarılmadığı saptandı. Çocukların değerlendirildikleri ay ile mahkeme tarafından tedbir kararının çıkarıldığı ay arasında geçen süre ortalama 3.8 ± 3.1 aydı.

TARTIŞMA

Bu çalışmada, ortalama 15 yaşında olmak üzere erkeklerin kızlara göre yaklaşık yedi kat fazla oranda SSC olarak çocuk psikiyatrisi kliniğine getirildiği, yaklaşık olarak her üç çocukta birinin okulu bırakmış olduğu, çocukların en sık "hırsızlık" suçu ile ardından "cinsel istismar, mala zarar verme, konut dokunulmazlığının ihlali, yaralama, hakaret, tehdit" suçları ile değerlendirildiği, her beş çocukta birinin tekrarlayan suçu olduğu ve psikiyatrik değerlendirme sonunda çocuklara en sık DEHB, DB ve ZY tanılarının konduğu gösterilmiştir. Bu sonuçlar, ülkedeki klinik örneklemelerde SSC'ler ile yapılmış araştırma sonuçları (11-16) ve resmi istatistik verileri (2) ile uyumludur. Bunun yanında bu çalışma; çocuklarda suça sürüklenme, suçun tekrarlayıcılığı, SSC'lere yönelik adli psikiyatrik raporlar ve tedbir kararlarına ilişkin yeni veriler sunar.

Çocuk suçluluğunun erkek çocuklar arasında kızlara göre daha sık gözlemlendiği ve daha sık tekrarladığı gösterilmiştir (18). Bu fark; suça sürüklenen arkadaşlara sahip olma, okul başarısızlığı, kötü muameleye maruz kalma gibi suça yönelik risk etmenlerine erkeklerin kızlara göre daha fazla maruz kalması ile açıklanır (19). Öte yandan tekrarlayıcı suç için cinsiyetlere göre risk etmen-

lerinin fark gösterebileceği ve bu nedenle cinsiyete özgü risk değerlendirme araçları kullanılması gerektiği vurgulanır (9). Bu çalışmada erkek çocuklar kızlardan yedi kat daha sık SSÇ olarak değerlendirilmişken suçun tekrarlayıcılığı ile cinsiyet arasında bir ilişki bulunmamıştır. Diğer yandan erkek çocukların kızlara göre yaklaşık iki kat daha fazla suça sürüklenen arkadaşı olduğu ve çocukların suça sürüklenen arkadaşı olmasının suçun tekrarlayıcılığı ile anlamlı biçimde ilişki olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar, çocuk suçluluğunda akran etkisinin güçlü bir risk etmeni olduğunu (20) ve erkeklerde bu etkinin daha belirgin (9) olduğunu vurgulayan çalışma sonuçları ile tutarlıdır.

SSÇ'lerde okul devamsızlığı ve ders başarısızlığı sıkça tanımlanan bir bulgudur (6,14,16,21). Ancak klinik örnekleme yapılmış önceki araştırmalarda, bu çocukların okulda düzen bozucu davranışları ve disiplin cezalarına ilişkin bir veri sunulmamıştır. Bu çalışmada, çocukların kendilerinden alınan bilgiye göre %34.3'ü daha önce disiplin cezası almış ve bu oran tekrarlayan suç eylemi olan çocuklarda anlamlı oranda yüksek bulunmuştu. Okul çevresi, suça sürüklenen çocuklar için önemli bir dışsal risk etmeni olarak tanımlanır (4). Bu sonuç, hem SSÇ'lerin okul çevresine ilişkin ayrıntılı değerlendirmede bulunulması gerektiğini hem de okullarda düzen bozucu davranışları olan çocukların çocuk suçluluğuna ilişkin diğer risk etmenleri açısından da değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmüştür. Öte yandan, okul çağı çocuklarında saptanan davranım sorunlarına büyük oranda DEHB tanısının eşlik ettiği bilinmektedir (22). Tedavisi iyi yönetilmeyen DEHB olgularının ergenlik döneminde sigara, alkol, madde kullanım sorunları ve suça sürüklenme gibi olumsuz sonuçlar gözlenebilmektedir (23,24). Nitekim SSÇ'ler ile yürütülen araştırmalarda, bu çocuklarda DEHB prevalansının normal popülasyona göre 3-4 kat daha fazla olduğu aktarılmaktadır (25). Bizim çalışmamızda da çocukların yarısından fazlasına DEHB ve/veya DB tanısı konmuş, %41.8'inin düzenli sigara kullanıcısı olduğu, %6'sının alkol kullandığı saptanmıştır. Sigara kullanımı, diğer çalışmalarda gösterildiği gibi bu çalışmada da suçun tekrarlayıcılığı ile ilişkili faktörlerden biri olarak değerlendirilmiştir (15,26). Ancak tek suçu olan ve tekrarlayıcı suçu olan çocuklar arasında DEHB ve/veya DB tanısı açısından fark olmadığı

bulunmuştur. Bu veri, Güler ve ark.'ın (15) önerdiği gibi her iki gruptaki çocukların da suça sürüklenen çocuklardan oluşuyor olması ve çalışmanın bir kontrol grubunun olmaması ile ilişkilendirilmiştir. Sonuç olarak çocukların suçtan korunması adına DEHB'nin erken dönemde tanınması ve tedavisi etkili bir yöntem olabilir. Bu bağlamda özellikle çocuk suçluluğu açısından riskli bölgelerdeki okullarda, okul rehberlik hizmetleri kapsamında DEHB ve bunun olası yıkıcı sonuçlarının dikkatle değerlendirilmesi gerektiği ve bu servisin sağlık hizmeti sunucuları ile iletişiminin güçlendirilmesi gerektiği söylenebilir.

Çalışma grubundaki çocukların yaklaşık üçte ikisinde bir psikiyatrik bozukluk saptanmıştı. Bu oran, klinik örneklemedeki diğer çalışma verilerine göre yüksektir (6,14). Ancak adalet sistemine dahil olan çocukların en az %30-70'inin bir psikiyatrik bozukluğa ait tanı kriterini karşıladığı aktarılır (18). Bu çalışmadaki SSÇ'lere en sık DEHB, DB ve ardından ZY tanısı konmuştur. Zeka ve suça sürüklenme arasında ters yönlü ilişki olduğu bilinmektedir (27). Bu çalışmada da her beş çocukta birinde zihinsel yetersizlik olduğu ve bu oranın tekrarlayıcı suçu olan çocuklarda anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmanın önemli verilerinden biri olan zihinsel yetersizlik ve suç tekrarlayıcılığı arasındaki bu ilişki, özel gereksinimi olan çocukların korunmasındaki olası eksiklikleri ve ihtiyaçları akla getirmiştir. Bu çocukların hem suça sürüklenme hem de suçun tekrarlayıcılığı açısından riskli grupta yer aldıkları görülmektedir. Bu bakımdan özel gereksinimli çocukların akademik faaliyetlerine ek olarak yargılama becerilerini, ahlaki ve sosyal gelişimlerini destekleyecek yapılandırılmış eğitim hizmetlerinden daha fazla yararlanması sağlanmalıdır. Özellikle dezavantajlı bölgelerde yetişen, suça dair ailesel ve çevresel diğer risk etmenlerine sahip olan özel gereksinimli çocukların belirlenmesi ve küçük yaştan itibaren bu tür eğitimlerden faydalanmasının çocukların korunması adına yararlı olacağı düşünülmektedir.

Türkiye'de adli psikiyatrik değerlendirme amacıyla kliniklere getirilen çocukların, bu çalışmada olduğu gibi ortalama 14-15 yaş arasında yığıldığı görülmektedir (6,13). Bu yaşlar, ülkemizdeki çocukların eğitim sürecinde, ortaöğretime geçiş dönemine karşılık gelen yıllardır. Bu yılların aynı zamanda,

çocuk suçluluğundan korunmakta etkin olduğu bilinen okul temelli uygulamaları (28) örgün eğitime entegre etmek için uygun yıllar olduğu söylenebilir. Diğer yandan bu çalışmada, çocukların %38'inin arkadaşları ile birlikte suça karıştığı, ayrıca arkadaşları arasında suça sürüklenen çocuklar olmasının suçun tekrarlayıcılığı ile anlamlı biçimde ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu veriler, ergenlik döneminde belirgin hale gelen bir bütüne aidiyet ihtiyacının ve akran etkisinin yansımaları olarak değerlendirilebilir. Nitekim çocukların suça sürüklenen arkadaşlarının varlığı ya da bir çeteye üye olması gibi etmenlerin, özellikle erkek çocuklar arasında, suç davranışında bulunma ve bu davranışın kronikleşmesinde önemli etkenler olduğu vurgulanır (4,7,9). Hatta suç davranışının kronikleşmesinde, akran etkisinin ailesel etmenlerden daha büyük katkısı olduğu gösterilmiştir (7). Bu da, akran etkisinin yoğun olduğu ergenlik döneminde, çocuk suçluluğundan korunmak için akran öncülüğüne odaklanan eğitimlerin planlanması ve çocuklara sunulmasının etkili bir korunma yöntemi olacağını düşündürmüştür. bu çalışmada ailede suç öyküsü bulunması, tek ebeveynlik ya da aile içi çatışma gibi etmenler suçun tekrarlayıcılığı ile ilişkili bulunmamıştır. Ancak sonuçların örneklem büyüklüğü ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Nitekim, çocukların %80'ine yakınında baba ya da kardeş gibi birinci derece akrabaların suç geçmişli bulunması önemli bir bulgudur.

Yapılan araştırmalar çocuğa yönelik kötü muamelelerin çocuk suçluluğu için risk etmenlerinden biri olduğunu göstermektedir (29,30,31). Bizim çalışmamızda çocukların istismar yaşantıları ayrıntılandırılmamış ancak dosya bilgilerine göre beş SSÇ'nin aile içi cinsel istismar mağduru olduğu saptanmıştır. Ayrıca her beş çocuktan birinin ebeveynleri arasında ya da ebeveyn-çocuklar arasında çatışma yaşandığı saptanmıştır. Bu da zayıf ebeveynlik yaklaşımı ve olumsuz aile işlevselliğinin çocuk suçluluğu ile ilişkili olduğunu vurgulayan çalışma sonuçları ile tutarlı bulunmuştur (20). Ancak araştırmacılar, çocuk suçluluğunu tek faktörlü nedensel ilişkiler ile açıklamak yerine genetik, demografik, kültürel, klinik birçok faktörün kendi arasındaki karmaşık ilişkilerinin anlaşılması gerektiğini vurgular (30). Örneğin yoksulluk, çocuk suçluluğu için bir risk

etmeni olarak değerlendirilir (4). Nitekim bu çalışmada da tekrarlayıcı suç ile ilişkili etmenlerden birinin "hırsızlık, mala zarar verme" gibi aynı zamanda çocukların "kazanç elde etmek" için işlediklerini bildirdikleri suçlar olduğu bulunmuştur. Yoksulluk aynı zamanda, çocuk suçluluğu ile ilişkili olduğu bilinen çocuğa yönelik kötü muamele için de bir risk etmenidir (32). Bu açıdan bakıldığında, suça ilişkin risk etmenlerini ayrı ayrı ele almak yerine ruhsal, sosyal, ekonomik tüm etmenlerin bir bütün olarak değerlendirilmesi ve temel soruna müdahalede bulunulması en uygun koruyucu yaklaşım olacaktır.

Bu çalışmanın değerli verilerinden biri de SSÇ olarak getirilen çocukların üçte birinin cinsel suçlar nedeniyle değerlendirilmiş olmasıdır. Cinsel suçları olan ergenler ile yapılmış araştırmalarda, bu çocukların heterojen bir grup oluşturduğu (33) bu nedenle küçük örneklemli araştırmaların geçerliğinin önemli bir sorun oluşturacağı vurgulanır (34). Türkiye'de cinsel suçları olan ergenlerin profilini çizen geniş örneklemli araştırmalar yoktur. Ancak Adalet Bakanlığı'na ait resmi istatistik verilerine göre 2018 yılında ceza mahkemelerine, TCK'nın 103, 104 ve 105. maddeleri ile açılan davalardaki suçların %14.7'sinde sanıkların 18 yaş altında olduğu ve bu sanıkların %98'sinin erkek olduğu gösterilmiştir (35). Bizim çalışmamızda da cinsel suçu olan SSÇ'ler büyük oranda erkekti. Bunun yanında mağdurların üçte birinin aile içi bireylerden olduğu, diğer mağdurların ergenlerin akranları olduğu saptanmıştı. Ülkede, cinsel suçu olan SSÇ'ler ile yürütülmüş tek tanımlayıcı araştırmada da mağdur özelliklerine yer verilmediği saptanmıştır (36). Öte yandan ülkemizde, bu SSÇ'lerin izlemine ilişkin hiç veri yoktur. Bu çalışmada, olguların ikisinin daha önce "hırsızlık" suçu ile SSÇ olarak değerlendirildiği, toplam altı mağdurun aynı zamanda cinsel istismar mağduru olduğu saptanmıştı. Ancak çocukların izlemine yönelik veriler elde edilememiştir. Araştırmalar, cinsel istismar mağduriyeti ile cinsel suç davranışında bulunma arasında çelişkili veriler sunmaktadır (37). Öte yandan cinsel suçları olan gençlerin üç farklı gidişatı olabildiği, bir grubun tek suç sonrası bir daha hiçbir suça karışmadığı, diğer grubun cinsel ya da cinsel olmayan suçlara karışma yoluna devam ettiği, bir diğer grubun ise cinsel suçlar

işleyerek parafilik bozukluk geliştirme yoluna girdiği bildirilir (38). Ülkenin sosyokültürel farklılıkları dikkate alınarak, azımsanmayacak orandaki cinsel suçlu ergenlerin bireysel ve suça dair özelliklerine, ayrıca suç davranışının takibine ilişkin yeni araştırmalara ihtiyaç olduğu düşünülmüştür. Son olarak bu çalışmada bir ergenin, kız arkadaşının çıplak görüntülerini çekmek ve bunu dijital yolla yaymak sureti ile suça sürüklendiği saptanmıştı. Teknolojinin uygunsuz kullanımı, çocuk suçluluğu adına giderek önemli bir risk etmeni haline gelmekte hatta nedensel açıdan aile ve akran etkilerinden teknoloji etkisine bir kayma olduğu bildirilmektedir (4). Bu kapsamda, çocukları hem mağdur hem de SSÇ olmaktan korumak için teknoloji okuryazarlığına verilen önemin artırılması gerektiği düşünülmüştür.

Suçta sürüklenen çocukların adli psikiyatrik raporlarında, çocukların %18-75'i için "işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algıladığı, fiil ile ilgili davranışlarını yönlendirme yeteneğinin geliştiği" yönünde rapor düzenlendiği bildirilmiştir (6,11-14). Her suç için ayrı değerlendirmenin yapıldığı adli raporlarda klinikler arasında birbirinden oldukça farklı değerlendirme sonuçları bildirilmiş olması beklenen bir veridir. Bu çalışmada çocukların yalnızca %25.4'üne bu yönde rapor düzenlenmiştir. Öte yandan çocuğun psikiyatrik bir bozukluğu bulunması ya da DEHB ve/veya DB tanısı olması ile çıkarılan raporlar arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Çocukların, bir fiile yönelik hukuki anlam ve sonuçları algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneği yalnızca bir psikiyatrik bozukluğu bulunup bulunmaması ile ilişkili bir kavram değildir. SSÇ'lerin adli psikiyatrik değerlendirmesi sırasında şimdi ya da geçmişteki psikiyatrik bozuklukları kadar bu bozukluğun uygun tedavi ve takibinin sağlanıp sağlanmadığı da önem kazanır. Buna göre bir kanaat oluşabilir. Bu çalışmada, "fiilin hukuki anlamını algıladığı ancak davranışlarını yönlendirme yeteneği gelişmediği" bildirilen çocukların anlamlı olarak daha yüksek oranda bir psikiyatrik bozukluğu, DEHB ve/veya DB tanısı olduğu gösterilmiştir. Daha önce SSÇ'lerin psikiyatrik tanıları ve rapor sonuçlarını karşılaştıran bir çalışma sonucuna ulaşamadığı için bu ilişkinin diğer klinik çalışmalar ile tutarlılığının incelenmesi gerektiği düşünülmüştür. Öte yandan fiilin hukuki

anlam ve sonuçlarını algıladığı ve davranışlarını yönlendirebildiği raporlanan çocukların diğer çocuklara göre daha yüksek oranlarda tekrarlayan suç nedeniyle getirildiği saptanmıştır. Ancak arada anlamlı fark bulunmamıştır. SSÇ'lerin ceza sorumluluğuna ilişkin değerlendirmelerde standart bir yaklaşımdan söz etmek mümkün değildir. Her çocuk ve iddiaya konu olan suç özelinde ceza sorumluluğu değerlendirmesi yapılmakta ve raporlandırılmaktadır. Ancak çocuk ruh sağlığı hekimlerinin bu alandaki yaklaşımlarını, klinikler arası uygulama farklılıkları ya da benzerliklerini tanımlayacak çok merkezli araştırmalara ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Son olarak, adli raporlarda, çocukların yarıya yakınına çeşitli tedbir önerilerinde bulunduğu ancak çalışma verilerinin toplandığı süre içinde bu tedbirlerin pek azının önerildiği ile tutarlı biçimde mahkeme tarafından çıkarıldığı saptanmıştır. Ayrıca, adli raporlarda tedbir önerisinde bulunulmayan çocuklar için de tedbir kararları alındığı görülmüştür. Bu veriler, tedbir kararlarının çıkarıldığı mahkemelerdeki sosyal çalışmacıların, sosyal inceleme raporlarında (SİR) bildirdikleri kanaatler ile hekimlerin adli raporlarında bildirdikleri kanaatlerin birbirinden oldukça farklı olabildiğini göstermiştir. Özellikle sağlık tedbiri önerisinde bulunulan olgularda bu tedbirin çıkarıldığı olgu sayısının azlığı dikkat çekici bulunmuştur. Sosyal çalışmacılar ve hekimlerin SSÇ'ye bakış açılarının ve değerlendirme kriterlerinin farklı olduğunu gösteren bu sonuçları daha iyi anlayabilmek ve ortak dili yakalayabilmek için SSÇ'lere ait sosyal inceleme raporları ve adli psikiyatri raporlarını karşılaştıran yeni araştırmalar planlanabilir. Sonuç olarak SSÇ'lere yönelik koruyucu hizmetlerde sağlık ve adalet sistemleri arasındaki koordinasyonun artırılması gerekmektedir. Diğer yandan, bu çalışmadaki çocukların adli psikiyatrik değerlendirmeye getirildikleri süreden haklarında tedbir kararının çıkarıldığı süreye kadar dört aya yakın zaman geçtiği saptanmıştır. Özellikle risk altındaki çocukların hızlı belirlenmesi ve çocukların ihtiyacı olan hizmete hızlı erişebilmesi suçun tekrarlayıcılığını önleyecektir. Bu bakımdan, güvenlik birimlerine gelen ya da getirilen her çocuk için sosyal incelemenin eş zamanlı olarak hayata geçirilmesinin sağlanabildiği yeni düzenlemeler değerlendirilebilir.

Çalışma verilerinin kısıtlılıkları göz önünde bulundurarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu çalışma, bir üniversite hastanesinin çocuk psikiyatrisi kliniğine adli psikiyatrik değerlendirme amacıyla iki yıllık surede getirilmiş ergenleri temsil etmektedir. Bu hali ile çalışma sonuçları tüm suça sürüklenen çocuklara genellenemeyeceği gibi çalışmanın örneklem sayısının nispeten düşük olmasının karşılaştırma analizlerine olumsuz yansımış olabileceği düşünülmüştür. Çalışma bulgularının daha geniş örneklemli yeni araştırmalar ile desteklenmesi gerekmektedir. Öte yandan bu çalışmadaki çocukların ve ailelerinin geçmiş psikiyatrik öyküsü, dosyalarındaki kendi bildirimlerine dayalı olarak elde edilmiştir. Tüm sonuçlar, çocuklara ait kişisel psikiyatrik kayıtlar ile sınırlıdır. Suça sürüklenen çocukların sosyal inceleme kayıtlarının ve tıbbi kayıtlarının incelendiği yeni araştırmalara ihtiyaç vardır.

SONUÇ

Sonuç olarak suç davranışının çocuk tarafından gerçekleşmesinde bireysel, ailesel, çevresel, sosyal birçok risk faktörü rol almaktadır. Bu faktörlerin belirlenmesi ve zamanında gerekli müdahalenin yapılması risk altındaki çocukların suça sürüklen-

mesine engel olma ve suçun tekrarlayıcılığından korunması açısından önemlidir. Bu çalışma sonuçları göz önünde bulundurulduğunda; suça sürüklenme ve suçun tekrarı açısından kırılan grupta yer aldığı söylenebilecek, özellikle zihinsel yetersizliği olan, okulu bırakmış ya da okula devamı sırasında disiplin cezası bulunan, arkadaşları arasında suça sürüklenen çocuklar bulunan, hırsızlık, mala zarar verme gibi suçlar nedeniyle bir kez hakkında adli işlem yapılmış olan çocuklara yönelik okul ve toplum temelli hizmetlerin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasının önemli olduğu söylenebilir. Ayrıca adli psikiyatrik değerlendirme sürecinde görevli çocuk psikiyatristleri, adli tıp uzmanları ve tedbir kararlarının yürütüldüğü ilgili mahkemelerinin kurumsal işbirliğini güçlendiren, bunun yanında çocuklar hakkındaki koruyucu ve destekleyici hizmetlerde hızlı hareket olanağı ve yeterli denetimin sağlandığı yeni politikaların geliştirilmesi gerektiği söylenebilir.

Yazışma Adresi: Dr. Öğr. Üyesi Çilem Bilginer, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. Trabzon, Türkiye cilemcolak@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Çocuk Koruma Kanunu 2005. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5395.pdf> Erişim tarihi: 26.04.2020.
2. Türkiye İstatistik Kurumu. Güvenlik birimine gelen veya getirilen çocuk istatistikleri. <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=98&locale=tr> Erişim tarihi: 26.04.2020.
3. Moffitt TE, Caspi A, Harrington H, Milne BJ. Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Dev Psychopathol* 2002; 14(1): 179–207.
4. Anjaswarni T, Widati S, Yusuf A. Analysis of the Risk Factors Related to the Occurrence of Juvenile Delinquency Behavior. *Jurnal Ners* 2019; 14: 129-136.
5. Steinhausen HC, Metzke CW. Risk, compensatory, vulnerability, and protective factors influencing mental health in adolescence. *J Youth Adolesc* 2001; 30: 259–280.
6. Eyüboğlu M, Eyüboğlu D. Suça sürüklenen çocuklarda psikiyatrik bozukluklar, sosyodemografik özellikler ve risk faktörleri. *Turkish J Clinical Psychiatry* 2018; 21: 7-14.
7. Kennedy TD, Edmonds A, Millen DH, Detullio D. Chronic Juvenile Offenders: Exploring Risk Factor Models of Recidivism. *Youth Violence Juv Justice* 2019; 17: 174-193.
8. Curcio AL, Mak AS, George AM. Predictors of delinquency among adolescents and young adults: A new psychosocial control perspective. *Aust N Z J Criminol* 2016; 0(0) 1–21.
9. Pusch N, Holtfreter K. Gender and Risk Assessment in Juvenile Offenders A Meta-Analysis *Crim Justice Behav* 2018; 45:56–81.
10. Weisburd D, Farrington DP and Gill C. What works in crime prevention and rehabilitation: An assessment of systematic reviews. *Criminol Public Policy* 2017;16:415–449.
11. Bilginer C, Hesapçıoğlu S, Kandil S. Bir üniversite hastanesine adli psikiyatrik muayene amacıyla gönderilen çocuk ve ergenlerin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Foren Med* 2012; 9: 20-27.
12. Aksu H, Karakoç Demirkaya S, Gürbüz Özgür B, Gün B. Aydın ilinde bir yıldaki çocuk ve ergen adli olguların değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2013; 14: 369-377.
13. Gümüştas F, Yulaf Y, Gökçe S, Sağlam S, Koyuncu Kütük E. Adıyaman ilinde çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine yönlendirilen adli olguların bir yıllık geriye dönük incelenmesi. *Cukurova Medical Journal* 2014; 39: 280-289.
14. Eray Ş, Murat D, Uçar HN. Çocuk psikiyatri polikliniğine

adli rapor amacıyla yönlendirilen olguların klinik ve sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2018; 44: 173-177.

15. Güler G, Sungur MA, Kütük MÖ. Suçta sürüklenen çocukların klinik ve sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Adli Tıp Bülteni* 2018; 23: 39-46.

16. Altun H, Şahin N, Fındıklı E, Sınır H. Suçta sürüklenen çocukların suç tipleri, sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Adli Tıp Derg* 2016; 30: 196-204.

17. American Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan (çeviri Köroğlu E), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.

18. McReynolds LS, Schwalbe CS, Wasserman GA. The Contribution Of Psychiatric Disorder To Juvenile Recidivism. *Crim Justice Behav* 2010; 37: 204-216.

19. Wong TML, Slotboom AM, Bijleveld CJH. Risk factors for delinquency in adolescent and young adult females: A European review. *Eur J Criminol* 2010; 7:266-84.

20. Ryan JP, Williams AB, Courtney ME. Adolescent neglect, juvenile delinquency and the risk of recidivism. *J Youth Adolesc* 2013; 42: 454-465.

21. Wang X, Blomberg TG, Li SD. Comparison of the educational deficiencies of delinquent and nondelinquent students. *Eval Rev* 2005; 29: 291-312.

22. Larson K, Russ SA, Kahn RS and Halfon N. Patterns of comorbidity, functioning, and service use for us children with ADHD 2007. *Pediatrics* 2011; 127: 462-470.

23. Lee PC, Niew WI, Yang HJ, Chen VC, Lin KC. A meta-analysis of behavioral parent training for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Res Dev Disabil* 2012; 33:2040-2049.

24. Mannuzza S, Kleina RG, Moulton JL. Lifetime criminality among boys with ADHD: A prospective followup study into adulthood using official arrest records. *Psychiatry Res* 2008; 160: 237-246.

25. Eme RF. Attention-deficit/hyperactivity disorder and the juvenile justice system. *J Forensic Psychol Pract* 2008; 8: 174-185.

26. Ozen S, Ece A, Oto R, Tirasci Y, Goren S. Juvenile delinquency in a developing country: A province example in Turkey. *Int J Law Psychiatry* 2005;28:430-441.

27. Farrington DP, Loeber R. Epidemiology of juvenile violence. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2000; 9: 733-748

28. Botvin GJ, Griffi KW, Nichols TD. Preventing youth violence and delinquency through a universal school-based prevention approach. *Prev Sci* 2006; 7: 403-408.

29. Mersky JP, Topitzes J, Reynolds AJ. Unsafe at any age linking childhood and adolescent maltreatment to delinquency and crime. *J Res Crime Delinq* 2012; 49: 295-318.

30. Guarnaccia C, De Vita E, Sortino L, Giannone F. Links between adverse childhood experiences, psychopathological symptoms and recidivism risk in juvenile delinquents. *European Journal of Criminology*. 2020 doi: 10.1177/1477370820941408

31. Fox BH, Perez N, Cass E, Baglivio MT, Epps N. Trauma changes everything: examining the relationship between adverse childhood experiences and serious, violent, and chronic juvenile offenders. *Child Abuse Negl* 2015; 46: 163-173.

32. World Health Organization. Child Maltreatment. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> Erişim tarihi: 29.08.2020.

33. Ryan EP, Otonichar JM. Juvenile sex offenders. *Curr Psychiatry Rep* 2016; 18: 67.

34. Worling J. Personality-based typology of adolescent male sexual offenders: differences in recidivism rates, victim selection characteristics, and personal victimization histories. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 2001; 13: 149-166.

35. T.C. Adalet Bakanlığı Adli Sicil ve İstatistik Genel Müdürlüğü. Adalet istatistikleri 2018. https://adlisicil.adalet.gov.tr/Resimler/SayfaDokuman/1792019103654adalet_ist_2018.pdf Erişim tarihi: 28.08.2020.

36. Göker Z, Aktepe E, Hesapçıoğlu ST, Kandil S. Cinsel istismar suçlusu olarak çocuk ve ergenler: olgu serisi. *Klinik Psikiyatri* 2009; 12: 141-146.

37. Seto MC, Lalumiere ML. What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through metaanalysis. *Psychol Bull* 2010; 136: 526-575.

38. Becker JV, Hicks SJ. Juvenile sexual offenders: characteristics, interventions, and policy issues. *Ann N Y Acad Sci* 2003; 989: 397- 410.

Özgül öğrenme bozukluğu tanısı olan çocukların depresif belirtileri ve benlik algıları arasındaki ilişkinin incelenmesi: Duygu düzenleme güçlüğünün aracı rolü

The investigation of the relationship between depressive symptoms and self-perception in children diagnosed with specific learning disorder: The mediator role of difficulties in emotional regulation

Halime Şenay Güzel¹, Gözde Akkaya², Meltem Altuntaş³

¹Dr. Öğr. Üyesi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Ankara, Türkiye
https://orcid.org/0000-0002-5345-6947

²Psk., Leksia Kişisel Gelişim ve Danışmanlık Merkezi, Ankara Türkiye https://orcid.org/0000-0001-6547-1354

³Psk., Özel Eryaman Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi, Ankara, Türkiye https://orcid.org/0000-0002-4754-4377

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı özgül öğrenme bozukluğu tanısı olan çocuklarda benlik algısı ve duygu düzenleme güçlüğünün depresif belirtileri ne ölçüde yordadığını incelemektir. Bunun yanı sıra depresif belirtiler ve benlik algısı arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğünün aracı rolünün araştırılması da bir diğer amaçtır. **Yöntem:** Araştırmanın örneklemini 10-14 yaş aralığında ÖÖB tanısı olan klinik grup (n= 156) ve sağlıklı kontrol grubu (n= 170) olmak üzere toplam 326 katılımcı oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak Piers Harris Çocuklarda Öz Kavramı Ölçeği, Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği, Duygu Ayarlama Ölçeği ve Demografik Bilgi Alma Formu kullanılmıştır. **Bulgular:** Çalışma sonuçlarına göre ÖÖB'li grubun kontrol grubuna göre anlamlı olarak depresyon ve duygu düzenleme güçlüğü puanları daha yüksek; benlik algısı puanları ise daha düşüktür. ÖÖB'li çocuklarda benlik algısı ve duygu düzenleme güçlüğü, depresif belirtileri anlamlı olarak yordamaktadır; kontrol grubunda ise benlik algısının depresif belirtileri yordadığı belirlenmiş ancak duygu düzenleme güçlüğünün depresif belirtiler üzerinde etkisinin olmadığı görülmüştür. Aracı rol analizleri, ÖÖB'li çocuklarda duygu düzenleme güçlüğünün, depresif belirtiler ve benlik algısı arasındaki ilişkide kısmi aracı etkisi olduğunu göstermiştir. **Sonuç:** Klinik grup ile kontrol grubunun karşılaştırılmasından elde edilen sonuçlar alanyazın ile tutarlıdır. Klinik grupta depresif belirtiler ve benlik algısı arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğünün kısmi aracı rolü olduğunun bulunması, ÖÖB'li bireylerin genel işlevselliğinin artırılmasına yönelik geliştirilecek müdahale programları için önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Özgül öğrenme bozukluğu, depresif belirtiler, benlik algısı, duygu düzenleme güçlüğü

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2020;24:228-238)

DOI: 10.5505/kpd.2020.24008

SUMMARY

Objective: The aim of this study was to determine to what extent the self-perception and difficulties in emotion regulation are predictors of depressive symptoms in children diagnosed with specific learning disorder (SLD). Furthermore the other aim was to investigate the mediating role of the difficulties in emotion regulation in the relationship between depressive symptoms and self-perception. **Method:** The study sample was consisted of 326 participants among 10-14 ages, clinical group diagnosed with SLD (n = 156) and healthy control group (n = 170). Piers Harris Children's Self-Concept Scale, Children's Depression Scale, Emotion Adjustment Scale and Demographic Information Form were used as data collection tools. **Results:** According to the results depression and difficulties in emotion regulation scores of the SLD group were significantly higher; self-perception scores were lower than control group. It was found that self-perception and difficulties in emotion regulation significantly have predicted depressive symptoms in children with SLD; self-perception has predicted depressive symptoms in control group but difficulties in emotion regulation had no effect on depressive symptoms in this group. The mediator role analysis results have showed that difficulties in emotion regulation had a partial mediating role between depressive symptoms and self-perception in children with SLD. **Discussion:** The results obtained from the comparison of the clinical and the control group are consistent with the literature. The finding that difficulties in emotional regulation has a partial mediating role in the relationship between depressive symptoms and self-perception in SLD group is important for the intervention programs which will develop to increase the global functionality of individuals with SLD.

Key Words: Specific learning disorder, depressive symptoms, self-perception, difficulties in emotion regulation

GİRİŞ

Bugün kullanılan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın son sürümünde (DSM-5) nörogelişimsel bozukluklar başlığı altında sınıflandırılan özgül öğrenme bozukluğunun (ÖÖB) temel özelliği akademik becerileri öğrenmede yaşanan güçlükler ve akademik performansın bireyin kronolojik yaşının çok daha altında olmasıdır. ÖÖB'nin okuma bozukluğu (disleksi), yazılı anlatım bozukluğu (disgrafi) ve matematik (diskalkuli) bozukluğu ile giden olmak üzere üç tipi bulunmaktadır ve akademik alanlarda yaşanan bu güçlükler, zihinsel engellilik (intellectual disability) veya genel gelişim geriliği, işitme veya görme engelleri, nörolojik bozukluk veya kullanılan dil ile ilgili yaşanan zorluklarla açıklanamamaktadır (1).

Akademik zorlukların yanı sıra ÖÖB tanısı olanlarda davranış sorunları veya sosyal beceri eksikliği (2) görülmekte, bu kişiler daha fazla akran reddi yaşamaktadırlar (3,4). Dolayısıyla akademik, davranışsal ve sosyal eksiklikleri göz önüne alındığında ÖÖB'li çocuklar, bu üç benlik kavramı alanında kendilerini daha az olumlu algılamaktadır. Bu tanıya sahip çocukların okul performansları ve öğrenme becerilerindeki düşüklüğe bağlı olarak yaşadıkları olumsuz deneyimler, kendi benliklerine ilişkin algılarını olumsuz etkilemektedir (5). Bu çocuklar sadece akademik değil davranışsal ve sosyal sorunlar da yaşadıkları için kendilerini daha az kabul edilebilir olarak algılamakta ve olumsuz benlik değerlendirmeleri ÖÖB tanısı olmayan akranlarından daha fazla olabilmektedir (6,7). Nitekim Daryl Bem (8,9) tarafından bireylerin kendi davranışlarını gözlemleyerek kendilerine ilişkin bir tutum geliştirmesi olarak tanımlanan benlik algısının, benlik saygısı ile pozitif olarak ilişkili olduğu çok sayıda çalışmada gösterilmiştir (5,10,11,12). Çok çaba sarf etmesine rağmen yine de akademik olarak başarısız olma, ÖÖB tanılı çocukların bu tanıya sahip olmayanlara göre daha düşük benlik saygısına sahip olmasına neden olmaktadır (13,14). Yapılan bir başka çalışmada normal gelişim gösteren yaşlıtlarına göre ÖÖB'li çocukların olumsuz benlik algısına sahip olduğu, bu çocukların kendilerini daha farklı buldukları bildirilmiştir (15). Bu durum bilişsel ve akademik alanda dene-

yimledikleri zorlayıcı yaşantılardan dolayı bu çocukların benliklerine ve yeteneklerine yönelik olumsuz değerlendirme eğilimi göstermeleriyle açıklanmaktadır (16).

Kişinin kendini algılama biçiminin veya benlik değerlendirmelerinin, depresyon için oldukça önemli olduğu ortaya konulmuştur (17,18). Nitekim ÖÖB, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), karışık olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) ve davranım bozukluğu (DB) gibi çok sayıda başka bozukluklarla eş tanılanmakla birlikte (19), bu çocukların yaklaşık olarak %20'sine depresyon bozukluğu tanısı konulmaktadır (20). ÖÖB tanılı çocukların, bu bozukluğu olmayanlara göre daha çok depresyon bozukluğu tanısı aldığı birçok çalışmada gösterilmiştir (21,22,23,24,25). Kendilerini iyi bir şekilde ifade edememeleri de olumsuz yaşantılarına eklendiğinde bu durum onların depresif belirtilerini artırarak benlik saygılarını düşürmekte (26,27) ve hatta intihar girişimlerini tetikleyebilmektedir (13).

Duygu düzenleme ise bireyin duygusal olarak uyarılmasını düzenleyebilme kapasitesi olarak tanımlanmakta ve onun çevresiyle en uygun düzeyde etkileşimi sağlamasına yardımcı olmaktadır (28). Duygu düzenlemenin etkisi bilişsel, davranışsal, duygusal ve fizyolojik süreçlerde kendini göstermektedir (29). Aynı zamanda bireyin sosyal yaşamına etkide bulunmakta, var olan ilişkilerin sürdürülmesinde ve bu ilişkilerinin nasıl olduğuna yönelik değerlendirilmesinde önemli bir role sahip olmaktadır (30,31). Duygu düzenlemenin çocuklar üzerindeki etkisi incelendiğinde onların hem akademik başarısını hem de sınıf içi davranışlarını şekillendirerek akran ve öğretmenleriyle kurduğu ilişkinin niteliğini belirlediği ortaya konulmuştur (32). Duygu düzenleme becerisi ve davranışsal kontrol düzeyi yüksek olan çocukların, yaşlıtları tarafından kabul görmesi artmakta ve bu durum çocukların öğrenme süreçlerini de etkilemektedir (33). Akran ilişkilerinde duygu düzenlemede yaşanan zorluklar, çocukların sosyal alanda olumsuz benlik algılarının gelişmesine neden olmakla birlikte akran reddi ve sosyal izolasyona karşı incinebilirliklerini arttırmaktadır (34). Olumsuz duyguyu azaltma veya olumlu duyguyu arttırmada

yaşanan güçlükler duygu düzenleme yeteneğindeki eksiklikleri içermekte ve depresyon gibi çeşitli psikopatolojilerin gelişiminde rol oynamaktadır (35). Depresif belirtiler ve duygu düzenleme ilişkisinin incelendiği çalışmalarda duygularını düzenlemede zorluk yaşayan çocuk ve ergenlerin, zorluk yaşamayanlara göre depresif belirtiler ve problemleri davranışlara sahip olma riskinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (36,37,38,39,40). Akranları tarafından damgalanmaya maruz kalan ÖÖB tanısı olan çocuklarda düşük benlik saygısı ve depresyon bozukluğunun daha çok görüldüğü (41,42), kötü muameleye maruz kalmanın ise çocuklarda duygu düzenleme becerilerini olumsuz yönde etkilediği ve bunun da anksiyete ve depresif belirtilerle ilişkili olduğu belirtilmiştir (43).

Özetle özgül öğrenme bozukluğu, bireylerin psikolojik, sosyal ve duygusal alanlarda zorluklar yaşamasına neden olmaktadır. Bireyi birden fazla alanda etkileyen bu nörogelişimsel bozukluk hakkında daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir. Her ne kadar bu tanıya sahip çocukların daha çok depresyon bozukluğuna sahip olduğu (20,21,22) ve düşük benlik algısı belirttiklerini ortaya koyan çalışmalar olsa da (15,16) depresif belirtiler ve benlik algısı arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğünün aracı rolünü inceleyen bizim rastladığımız bir çalışma bulunmamıştır. Oysa duygu düzenlemenin bireylerin akademik başarısı, sosyal yaşamı ve genel olarak psikolojik iyilik hali ile ilişkili olduğu göz önünde bulundurulduğunda ÖÖB tanısı olan çocuklar üzerindeki etkisinin kontrol grubuyla karşılaştırıldığında daha önemli olduğu söylenebilir. Sonuç olarak bu çalışmanın amacı ÖÖB tanılı grup ile kontrol grubunu karşılaştırarak her iki grupta benlik algısı ve duygu düzenleme güçlüğünün depresif belirtileri yordama düzeyini görmek ve depresif belirtiler ve benlik algısı arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğünün aracı rolünü incelemektir.

YÖNTEM

Araştırmanın örneklemini 10-14 yaş aralığında ÖÖB tanısı almış ve özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinden bireyselleştirilmiş eğitim programı desteği alan 168 öğrenci ile herhangi bir gelişimsel

bozukluk/psikiyatrik tanısı olmayan 193 öğrenci oluşturmaktadır. Örneklemin büyüklüğüne G*POWER programı kullanılarak karar verilmiştir. Öncelikle Ankara İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı olan özel eğitim merkezlerinden seçkisiz olarak atanan beş merkezde eğitim alan öğrenci ve ailelerine ulaşılmıştır. Bir başka ruhsal bozukluğu olanlar, fiziksel engeli bulunanlar ve çalışmaya katılmak istemeyenler çalışmanın dışında tutulmuştur. Kontrol grubu için de Ankara İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı okullar arasından seçkisiz olarak atanan beş okuldaki öğrencilerden veri toplanmıştır. Bu okullardaki çocukların doldurduğu genel bilgi alma formundaki cevaplara ("Daha önce hiç psikolojik/psikiyatrik tedavi aldınız mı? Eğer tedavi aldıysanız ne olduğunu yazınız" gibi) ve rehberlik birimlerinde görev yapan kişilerden alınan bilgilere dayanarak herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı olmayanlar çalışmaya dâhil edilmiştir. ÖÖB tanılı grupta demografik bilgi formunu ve ölçekleri tam olarak doldurulmayan 10 katılımcı çalışmanın dışında tutulmuştur. Çalışmanın bağımlı ve bağımsız değişkenlerinin tümü göz önüne alındığında ÖÖB tanılı grupta uç değere sahip iki katılımcı, kontrol grubunda ise bir katılımcı Mahalanobis $\leq 0,001$ düzeyine göre belirlenmiş ve analiz dışı bırakılmıştır. Böylelikle analizler ÖÖB grubunda 156, kontrol grubunda ise 170 katılımcı üzerinden yapılmıştır. ÖÖB grubunda 72 kız (%46,2), 84 erkek (%53,8); kontrol grubunda 85 kız (%50), 85 erkek (%50) bulunmaktadır.

İşlem

Bu çalışmadaki veriler Aralık 2019–Şubat 2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu'ndan alınan 13.11.2019-18 karar nolu etik kurul onayı ve Ankara Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü 24650819 numaralı etik onay kararı akabinde özel eğitim kurumlarında bireyselleştirilmiş eğitim programı desteği alan öğrencilere ve ailelerine araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve onamı alınanlar çalışmaya dâhil edilmiştir. Bu amaç doğrultusunda çalışmaya davet edilen öğrenci ve ailelerine bilgilendirilmiş onam formu verilmiştir. Veriler kurum ortamında öğrenciler ve anneleri tarafından ölçeklerin doldurulması yoluyla toplanmıştır. Aynı prosedür Ankara İl Milli Eğitim

Müdürlüğü'ne bağlı olan okullardan veri toplarken de kullanılmıştır ancak farklı olarak ebeveynlerden kapalı zarf ile ölçekleri okula göndermeleri istenmiştir. Sıra etkisini kontrol etmek amacıyla ölçekler, katılımcılara farklı sıra ile verilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Demografik Bilgi Formu: Bu formda katılımcılara yaş, cinsiyet, devam ettikleri sınıf düzeyleri, anne-baba eğitim düzeyi, ne kadar süredir özel eğitim desteği aldıkları gibi kendilerine ilişkin sorular sorulmuştur. ÖÖB tanısı olan ve olmayanlar için ayrı formlar hazırlanmıştır.

Piers Harris Çocuklarda Öz Kavramı Ölçeği: Piers ve Harris (44) tarafından geliştirilen ölçek 9-20 yaş aralığındaki bireylerin kendileri hakkındaki duygu, düşünce ve tutumlarını incelemektedir. Ölçeğin yanıt kategorisi “Evet” ve “Hayır” dan oluşmaktadır ve Türkçe'ye uyarlama ve geçerlik çalışmaları Çataklı ve Öner (45) tarafından yapılmıştır. 10-19 yaşları arasında düşük, orta ve yüksek sosyo-ekonomik düzeyli öğrencilerden oluşan 1520 kişilik bir örneklemle çalışılmıştır. Ölçeğin Türkçe formunun da faktör analizi sonuçları orijinal formuna çok yakın bulunmuştur (%41,7) ve Cronbach Alfa değeri 0,74 olarak hesaplanmıştır. “Davranış, zekâ ve okul durumu, bedensel görünüm, kaygı, gözde olma (popülerlik) ve mutluluk” olmak üzere 6 alt boyutu vardır. Bireyin ölçekten yüksek puan alması kendisi hakkında olumlu, düşük puan alması ise olumsuz düşünce ve duygulara sahip olduğunu göstermektedir. Ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır ve ölçekten elde edilebilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 80'dir. Elde edilen puanlar, ortalama, standart sapma, yüzdelik sıralama ve T puanı tabloları kullanılarak değerlendirilmektedir (46). Bu çalışmada ölçeğin toplam puanının iç tutarlık katsayısı 0,96 iken alt ölçeklerinki ise 0,74 ile 0,87 arasında değişmektedir.

Çocuklar için Depresyon Ölçeği: Kovacs (47) tarafından geliştirilen ve 27 maddeden oluşan ölçek 6-17 yaşları arasındaki bireylere depresyon düzeyinin belirlenmesi amaçlı uygulanmaktadır. Her maddede üç ifade vardır ve çocuktan son iki hafta için kendisine en uygun cümleyi seçmesi iste-

nilmektedir. Ölçekten alınan puan ne kadar yüksekse depresyon o kadar ağır anlamına gelmektedir. Ölçekte on üç madde ters puanlanmaktadır. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öy (48) tarafından yapılmıştır. Türkçe formunun test tekrar test güvenilirliği 0,80 olarak bulunmuştur. Ölçüt bağımlılığı geçerlik katsayısı 0,61 olarak saptanmıştır. Madde toplam puan korelasyonları 0,14 ile 0,52 arasında hesaplanmıştır. Toplam puan için Cronbach Alfa değeri 0,77 ve test yarılama tekniğiyle hesaplanan iç tutarlılık katsayısı 0,81 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise ölçeğin toplam puanının iç tutarlılık katsayısı 0,92 olarak hesaplanmıştır.

Duygu Ayarlama Ölçeği: Bu ölçek Shields ve Cicchetti (28) tarafından 6-13 yaş grubundaki çocukların duygu düzenleme becerilerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ebeveyn veya öğretmenler tarafından doldurulabilen ölçek toplam 24 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin yanıt kategorisi 4'lü likert tipidir. Kapçı, Uslu, Akgün ve Acer (49) tarafından Türkçe'ye uyarlanan ölçeğin uyarlama çalışmasına toplam 284 (klinik olmayan n= 263; klinik n= 22) çocuk katılmıştır. “Değişkenlik/Olumsuzluk” ve “Duygu Ayarlama” olmak üzere iki alt-ölçekten oluşmaktadır ve ölçekten alınan yüksek puanlar, duygu düzenlemede yaşanan güçlüğü ortaya koymaktadır. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,84 olarak saptanmıştır. Anne ve baba değerlendirmeleri arasındaki korelasyon ($r=,81$), test-tekrar test kararlılığı ($r=0,90$) ve iç tutarlık ($\alpha= 0,84$) analizleri ölçeğin genel olarak 6-13 yaş grubundaki çocukların duygu düzenleme becerilerini değerlendirmede yüksek bir güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada ise ölçeğin toplam puanının iç tutarlılık katsayısı 0,88; değişkenlik/olumsuzluk alt ölçeğinin 0,84; duygu ayarlama alt ölçeğinin ise 0,78 olarak bulunmuştur.

İstatistiksel Analizler

İstatistiksel analizler için SPSS 25 Paket Programı ve Preacher ve Hayes'in (50) geliştirdiği SPSS eklentisi ve PROCESS kullanılmıştır. Öncelikle ölçeklerden elde edilen verilerin normal dağılım gösterip göstermediğinin test edilebilmesi için toplam puanlar üzerinden normallik testi ve

çarpıklık/basıklık analizleri uygulanmıştır. Ardından ÖÖB tanısı olan ve olmayanların depresyon, benlik algısı ve duygu düzenleme güclüğü toplam puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığına bakılabilmesi için bağımsız örneklem T-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla Post-hoc testi olarak Tukey testi; ÖÖB tanı grubunun benlik algısı, depresyon ve duygu düzenleme güclüğü ölçek puanlarının ortalamalarının anlamlı farklılık gösterip göstermediğine bakmak için Kruskal Wallis analizi kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan bütün değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile sorgulanmıştır. Bir sonraki aşamada klinik ve kontrol grubundakilerin benlik algısı ve duygu düzenleme gücüğünün, depresif belirtileri yordama düzeyi iki ayrı aşamalı regresyon analizi ile test edilmiştir. Her iki grup için ayrı olarak regresyon analiz sonuçlarının ışığında depresif belirtiler ve benlik algısı arasındaki ilişkide duygu düzenleme gücüğünün aracı rolü için Hayes (51) tarafından önerilen Bootstrap yöntemi olan çoklu aracılı model testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Bu çalışmaya ÖÖB tanısı olan 156 çocuk ile 170 sağlıklı kontrol dâhil edilmiştir. Araştırma kapsamında ÖÖB ve kontrol grubunun temel bazı özellikler açısından farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi amacıyla bağımsız T-testi analizi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Yapılan bağımsız T-testi analizine göre ÖÖB ve kontrol grubu cinsiyet dağılımı açısından istatistik-

sel olarak benzer bulunmuştur ($p=0,49$). ÖÖB grubunun yaş ortalaması 11,21; kontrol grubunun yaş ortalaması ise 11,36'dır ve iki grup arasında yaş ortalaması yönünden istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,24$).

ÖÖB tanısı olanların ve ÖÖB tanısı olmayanların anne-baba eğitim ve anne-baba meslek düzeyi açısından farklılaşıp farklılaşmadığını görmek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Klinik ve kontrol gruplarını oluşturan katılımcıların anne eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ($p = 0,019$) ancak baba eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p > 0,05$). Anne eğitim düzeyleri arasındaki farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla Tukey post-hoc testi uygulanmıştır. Sonuçlara göre üniversite ve sonrası eğitim düzeyinin ($\bar{x}= 0,28$); lise ($\bar{x}= 0,51$), ortaokul ($\bar{x}= 0,53$) ve ilkokul ($\bar{x}= 0,53$) eğitim düzeylerinden anlamlı derecede farklılaştığı gözlemlenmiştir ($p < 0,05$). Ancak üniversite ve sonrası ile okur-yazar olmayan grup ($\bar{x}= 0,55$) arasında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır ($p > 0,05$). Katılımcıların anne meslek düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p > 0,05$), baba meslek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p = 0,004$). Yapılan Tukey post-hoc testi sonuçlarına göre emekli olanlar ile ($\bar{x}= 0,82$) memur ($\bar{x}= 0,36$), serbest meslek ($\bar{x}=,46$) ve işçi olanlar ($\bar{x}=,42$) arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Her iki grubun sosyodemografik özellikleri karşılaştırmalı olarak Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1.Örneklemin sosyodemografik özellikleri

Değişkenler	ÖÖB N(%)	Kontrol N(%)	p*
Yaş	11,21±1,09	11,36±1,28	,27
Cinsiyet			,49
Kız	72 (%46,2)	85 (%50)	
Erkek	84 (%53,8)	85 (%50)	
Anne Eğitim			,009**
Okuryazar değil	5 (%3,2)	4 (%2,4)	
İlkokul	44 (%28,2)	39 (%22,9)	
Ortaokul	40 (%25,6)	35 (%20,6)	
Lise	49 (%31,4)	47 (%27,6)	
Üniversite sonrası	18 (%11,5)	45 (%26,5)	
Baba Meslek			,004**
İşsiz	6 (%3,8)	3 (%1,8)	
Memur	20 (%12,8)	35 (%20,6)	
Serbest Meslek	60 (%38,5)	71 (%41,8)	
İşçi	37 (%23,7)	50 (%29,4)	
Profesyonel Meslek	15 (%9,6)	7 (%4,1)	
Emekli	18 (%11,5)	4 (%2,4)	

*Bağımsız örneklem T-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Ölçeklerden elde edilen ortalama, standart sapma ve değişkenler arası korelasyonlara ilişkin bilgiler Tablo 2'de verilmiştir. Buna göre ÖÖB grubunda depresyon ölçeğinin (D), benlik algısı (BA) ve duygu düzenleme güclüğü (DDG) ölçekleri ile olan korelasyonları en düşük $r = ,67$ ile en fazla $r = -,81$ arasında iken kontrol grubunda en düşük $r = ,27$ ile en fazla $r = -,66$ arasındadır ($p \leq 0,01$).

ÖÖB ve kontrol grubunun depresyon, benlik algısı ve duygu düzenleme güclüğü ölçeklerinden aldıkları toplam puanlarda fark olup olmadığını incelemek amacıyla bağımsız örneklem T-testi

Tablo 2. ÖÖB ve kontrol grubunun ölçeklerden almış olduğu puanların ortalama, standart sapma ve değişkenler arası korelasyon analizi sonuçları
ÖÖB Grubu (N=156)

Değişkenler	X	SS	1	2	3	4	5
1.D	45,57	8,15	---	-.81**	.67**	.78**	.41**
2.BA	42,83	15,84	---	---	-.66**	-.70**	-.47**
3.DDG	56,39	11,24	---	---	---	.80**	.89**
4.DA	21,55	5,61	---	---	---	---	.44**
5.D/O	34,84	7,56	---	---	---	---	---
Kontrol Grubu (N=170)							
Değişkenler	X	SS	1	2	3	4	5
1.D	30,26	3,47	---	-.66**	.27**	.21**	.24**
2.BA	69,31	7,26	---	---	-.39**	-.29**	-.35**
3.DDG	40,69	7,86	---	---	---	.74**	.90**
4.DA	15,98	4,74	---	---	---	---	.36**
5.D/O	24,71	5,70	---	---	---	---	---

Pearson momentler çarpımı korelasyon testi kullanılmıştır. X: Ortalama, SS: Standart sapma

D: Depresyon (Toplam), BA: Benlik Algısı (Toplam), DDG: Duygu Düzenleme Güçlüğü (Toplam), DA: Duygu Ayarlama,

D/O: Değişkenlik/Olumsuzluk **p < 0,01

analizi yapılmıştır. Buna göre toplam depresyon ($t=-22,38$, $p=0,00$, Cohen's $d=0,24$), toplam benlik algısı ($t=19,67$, $p=0,00$, Cohen's $d=0,21$) ve toplam duygu düzenleme güçlüğü ($t=-14,72$, $p=0,00$, Cohen's $d=0,16$) puanlarının ÖÖB ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık oluşturduğu saptanmıştır. ÖÖB tanılı grubun toplam depresyon puan ortalaması ($\bar{x}=45,57$) kontrol grubuna ($\bar{x}=30,26$) göre daha yüksektir. ÖÖB tanılı grubun toplam benlik algısı puan ortalaması ($\bar{x}=42,83$) kontrol grubuna ($\bar{x}=69,31$) göre daha düşüktür ve son olarak ÖÖB tanılı grubunun toplam duygu düzenleme güçlüğü puan ortalaması ($\bar{x}=56,4$) kontrol grubuna ($\bar{x}=40,69$) göre daha yüksektir.

Klinik grubunda 129 katılımcının disleksi (%82,7), 15 katılımcının diskalkuli (%9,6), 12 katılımcının disgrafi alt tanısı (%7,7) olduğu belirlenmiştir. Alt tipler arasındaki depresyon, benlik algısı ve duygu düzenleme güçlüğü değişkenleri Kuruskal Wallis testi ile değerlendirilmiştir. Buna göre ÖÖB'nin alt tipleri arasında depresyon ($p=,39$), benlik algısı ($p=,36$), duygu düzenleme güçlüğü ($p=,85$) ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Çalışmanın temel amacı doğrultusunda benlik algısı ve duygu düzenleme güçlüğünün depresif

belirtiler üzerindeki etkisini görmek amacıyla ÖÖB tanılı grup ve kontrol grubu için ayrı ayrı çoklu hiyerarşik regresyon analizi yürütülmüştür. Çoklu hiyerarşik regresyon analizinde ilk aşamada bağımlı değişken olan depresyon toplam puanı ile benlik algısı toplam puanı, ikinci aşamada ise duygu düzenleme güçlüğü toplam puanı enter metodu ile denkleme girilmiştir. Kontrol grubu için de aynı yöntem izlenmiştir.

ÖÖB tanılı gruptan elde edilen katsayılar incelendiğinde toplam benlik algısının, depresif belirtileri anlamlı olarak yordadığı ($\beta = -.81$ $p < ,05$) ve depresyon puanındaki varyansı %66 açıkladığı görülmüştür. İkinci adımda ise duygu düzenleme güçlüğünün depresif belirtileri anlamlı olarak yordadığı bulunmuştur ($\beta = ,23$ $p < ,05$). Benlik algısı ile birlikte duygu ayarlama güçlüğü depresif belirtileri anlamlı olarak yordamakta ve depresyon puanlarındaki varyansı %75 açıklamaktadır. Buna göre benlik algısı puanı azaldıkça ve duygu ayarlama güçlüğü puanı arttıkça depresif belirti oranı artmaktadır.

Kontrol grubundan elde edilen katsayılar incelendiğinde toplam benlik algısının depresif belirtileri anlamlı olarak yordadığı ($\beta = -.66$ $p < ,05$) ve depresyon puanındaki varyansı %43 açıkladığı görülmüştür. İkinci adımda ise duygu

Şekil 1. ÖÖB grubunda benlik algısı ile depresif belirtiler arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğünün aracı rolü



• Not: Şekilde standardize olmayan betalara yer verilmiştir. R² değerleri açıklanan varyansı göstermektedir.

• *p < .001

düzenleme güçlüğünün depresif belirtiler üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı saptanmıştır (p>.05). Buna ilişkin sonuçlar Tablo 3'te gösterilmiştir.

ÖÖB ve Kontrol Grubunda Aracı Rol Analizleri

ÖÖB tanısı olan ve olmayan grupta depresif belirtiler ve benlik algısı arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğünün aracı rolünü incelemek amacıyla bootstrap yöntemini temel alan regresyon analizi yapılmıştır. Bu yöntemin Baron ve Kenny'nin (52) geleneksel yönteminden daha güvenilir sonuçlar verdiği bildirilmektedir (50,51). Bu analizde bootstrap tekniği ile 5000 yeniden örneklem seçeneği kullanılmış, aracı rolün anlamlılığı ise %95 güven aralığındaki değerin 0 olmaması ile değerlendirilmiştir (50,53).

ÖÖB grubunda depresif belirtiler ve benlik algısı arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğünün aracı etkilerine ilişkin bulgular Şekil 1'de yer almaktadır. Buna göre benlik algısının, yordanan değişken olan depresif belirtiler üzerinde anlamlı düzeyde ve negatif yönde etkisi bulunmaktadır ($\beta = -.4178$, %95CI [-.4656, -.3701], $t = -17,2798$, $p < .001$). Buna ek olarak benlik algısının, duygu düzenleme güçlüğünü anlamlı düzeyde ve negatif yönde etkilediği görülmektedir ($\beta = -.4710$, %95CI [-.555, -.3865], $t = -11,0104$, $p < .001$). Benlik algısı, duygu düzenleme güçlüğündeki değişimin yaklaşık % 44'ünü açıklamaktadır. Duygu düzenleme güçlüğünün depresif belirtiler üzerindeki etkisine bakıldığında ise bu aracı değişkenin pozitif yönde anlamlı bir etkisi olduğu söylenebilir ($\beta = .1682$, %95CI [.0820-.2544], $t = 3,8559$, $p < .001$). Benlik algısı ile aracı değişken olan duygu düzenleme

güçlüğü denkleme eşzamanlı girildiğinde depresif belirtiler ile benlik algısı arasındaki ilişki azalarak, benlik algısı değişkeninin katkısı sürmekle birlikte düşüş göstermiştir. Ancak 0,001 düzeyinde anlamlılık göstermeye devam etmiştir ($\beta = -.3386$, %95CI [-.3998, -.2774], $t = -10,9360$, $p < .001$). Dolayısıyla duygu düzenleme güçlüğünün, depresif belirtiler ile benlik algısı arasındaki ilişkiye kısmi aracılık ettiği sonucuna varılmıştır ($\beta = -.0792$, %95CI [-.1116, -.0488]). Aracılık etkisinin tam standardize etki büyüklüğü (K2) $-.15$ 'dir.

Bu çalışmada kontrol grubu için yapılan hiyerarşik regresyon analizinde depresif belirtiler ve benlik algısı arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğünün aracı rolü desteklenmemiştir.

TARTIŞMA

Bu çalışmada ÖÖB tanılı grup ile kontrol grubu karşılaştırılarak benlik algısı ve duygu düzenleme güçlüğünün depresif belirtileri ne ölçüde yordadığını görmek amaçlanmıştır. İkinci olarak ise depresif belirtiler ve benlik algısı arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğünün aracı rolünü incelemek hedeflenmiştir.

Çalışmamızda ilk olarak ÖÖB tanılı grup ile kontrol grubunun depresif belirtiler, benlik algısı ve duygu düzenleme güçlüğü açısından farklılaştığı sonucuna varılmıştır. Buna göre ÖÖB grubundakiler daha fazla depresif belirti göstermekte, daha düşük benlik algısına sahip olduğunu bildirmekte ve daha fazla duygu düzenleme güçlüğü sorunu yaşamaktadır. Nitekim bu bulgular alanyazındaki

çok sayıda çalışma ile tutarlıdır (6,7,15,21,22). Söz konusu olan bu çalışmalarda ÖÖB tanılı çocuk ve ergenlerin, kontrol grubundaki akranlarına göre kendilerini daha az kabul edilebilir olarak algıladıkları, daha olumsuz benlik değerlendirmelerinde bulundukları (6,7,15) ayrıca daha çok depresif belirtiyeye sahip oldukları (21,22) rapor edilmiştir.

Bu çalışmada hem ÖÖB grubunda hem de kontrol grubunda yordayıcı değişken olan benlik algısı ve yordanan değişken olan depresif belirtiler arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Buna göre bireyin benlik algısı azaldıkça depresif belirtileri artmaktadır ve bu bulgu benlik algısı ve depresyon ilişkisini inceleyen çalışmalarla (17,18) paralellik göstermektedir. Bu çalışmalarda bireyin benlik algısının, depresif belirtiler üzerindeki etkisi ortaya konulmuştur. Daha önce de belirtildiği üzere kontrol grubuna göre ÖÖB tanısı olan grubun benlik algısı puanlarının daha düşük, depresyon puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. İlgili alanyazın incelendiğinde ÖÖB tanılı grubu ile kontrol grubunun depresif belirtiler ve benlik algısı düzeyleri yönünden karşılaştırılmasına dayalı çok sayıda çalışmanın bununla tutarlı bulgular ortaya koyduğu görülmektedir. Nitekim Undheim ve Sund (27) ÖÖB tanısı olanların kontrol grubuna göre daha yüksek depresif belirtiler ve daha düşük benlik değeri gösterdiğini bildirmiştir. Humphrey ve Mullins (26) ise ÖÖB tanısı olan bireylerin akademik ve sosyal alanda deneyimledikleri olumsuzlukların daha düşük benlik algısına neden olduğunu aynı zamanda bu durumun daha yüksek düzeyde depresyon puanına sahip olmakla ilişkili olduğunu göstermiştir. Dolayısıyla sahip olunan herhangi bir psikiyatrik tanıdan bağımsızca düşük benlik algısına sahip olmanın, çocuk ve ergenler üzerinde olumsuz etkiye neden olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada beklenildiği üzere ÖÖB grubunda duygu düzenleme güçlüğünün, depresif belirtileri yordadığı bulunmuştur. Buna göre klinik grupta duygu düzenleme güçlüğü, depresif belirtiler üzerinde etkiye sahiptir. Bu bulgu ile tutarlı olarak Pavri ve Monda-Amaya (40) ÖÖB tanısı olan çocuklarda duygu düzenlemede yaşanan zorlukların depresyonla olan ilişkisini göstermiştir. Gerçekten de duygu düzenleme, çocukluk dönemi

depresyonu ve olumsuz yaşantıları arasındaki ilişkide oldukça önemli bir yere sahiptir (43,54). ÖÖB tanılı bireyin karşısındaki kişinin duygusunu anlayamaması, duygulara ilişkin ipuçlarını yakalayamaması ve duyguları düzenleyememesi onun sosyal sorunlar yaşamasına neden olmakta bu durum da içe çekilme ve depresyona yol açabilmektedir (55). Aynı zamanda ÖÖB tanısı olan çocuk veya ergenler için tekrarlayan akademik başarısızlıklar, arkadaş ilişkilerinde sorunlar yaşama, akranları tarafından reddedilme gibi durumların çocukluk çağı olumsuz yaşantıları olduğu göz önünde bulundurulduğunda depresyon ve duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişki daha anlaşılır hale gelmektedir. Ancak çalışmamızın kontrol grubunda duygu düzenleme güçlüğünün depresif belirtiler üzerinde etkili olmadığı görülmüş bu durum ÖÖB tanısı olmayan çocuk ve ergenlerin olumsuz duygulara yönelik başa çıkma stratejilerinin ve psikososyal baş etme kaynaklarının farklı olabileceğini düşündürmüştür.

ÖÖB grubunda, yordayıcı değişken olan benlik algısı ile aracı değişken duygu düzenleme güçlüğü arasındaki korelasyon katsayısına bakıldığında katılımcıların kendilerine ilişkin benlik algısı olumsuzlaştıkça duygu düzenleme güçlüğünde yaşadıkları sorunların arttığı görülmektedir. ÖÖB sadece akademik alanda değil aynı zamanda sosyal sorunlara ve davranış problemlerine yol açarak bu tanıya sahip olan çocukların kendilerine ilişkin duygu ve düşüncelerinin olumsuz olmasına neden olmakta (6,7,15) ve bu durum da çocukların sıklıkla sosyal ilişkilerde duygu düzenleme sorunları yaşamasına zemin hazırlamaktadır (34).

Bu çalışmada temel olarak depresif belirtiler ile benlik algısı arasında duygu düzenleme güçlüğünün aracı rolünün araştırılması amacıyla yapılan aracı değişken analizi sonucunda ÖÖB tanılı grupta duygu düzenleme güçlüğünün kısmi aracılık etkisi olduğu bulunmuştur. Bir başka deyişle, depresif belirtiler ve benlik algısı arasındaki ilişkiye duygu düzenleme güçlüğü eklendiğinde benlik algısının etkisinin azaldığı ortaya çıkmıştır. ÖÖB tanısı olanların daha düşük benlik algısına sahip olması; daha çok duygu düzenleme güçlüğü sorunları yaşamalarıyla, bu durum da daha fazla depresif belirtiyeye sahip olmalarıyla açıklanabilir. Alanyazında ÖÖB tanılı grubunda depresif belirtiler

ve benlik algısı üzerinde duygu düzenleme güçlüğünün aracı rolünü inceleyen bizim rastladığımız bir çalışma bulunmamaktadır. Ancak araştırmamızın yordanan değişkeni olan depresif belirtiler ile aracı rol değişkeni olan duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişkiye bakıldığında, depresif belirti puanı yüksek olan ÖÖB tanılı bireylerin duygu düzenleme becerilerinin daha yetersiz olduğu görülmektedir. Bu bulgu alanyazındaki birçok çalışma ile tutarlıdır. Bu çalışmalara göre özellikle arkadaşları tarafından damgalanan ve kabul göremeyen ÖÖB tanılı çocuklar düşük benlik saygısına sahip olmakta, genel olarak benliklerine ilişkin algıları olumsuz olmakta ve daha çok depresif belirti bildirmekte (örn.39,40,41,42); bunun yanı sıra duygu düzenleme becerileri iyi düzeyde olan çocuk ve ergenlerin, duygu düzenlemede yeterli olmayanlara göre sosyal olarak daha yeterli, arkadaşları tarafından daha çok sevilen ve kabul gören kişiler oldukları (56,57) ve daha az depresif belirti sergiledikleri bildirilmiştir (36). Bu çalışmanın örnekleminin 10-14 yaş arasındaki ön-ergen veya ergenlerden oluştuğu göz önünde bulundurulduğunda, genel olarak ergenliğin psikopatoloji gelişimi için yüksek risk teşkil eden bir dönemle karakterize olması (58,59) ve buna düşük benlik algısı ve duygu düzenleme güçlüğüne ilişkin sorunların eşlik etmesi depresyon ve anksiyete gibi önemli psikopatolojilerle ilişkilendirilmektedir (60,61). Ergenlik dönemi depresyonunun özellikle olumsuz duygularla baş etme için nitelikli stratejilere sahip olmamakla ilişkili olduğu (36) göz önüne alındığında duygu düzenleme güçlüğündeki eksikliklerin şu anki ve gelecekte olabilecek depresyon bozukluğu üzerindeki etkisi daha iyi anlaşılmaktadır (62,63). Klinik gruba ilişkin elde edilen bu bulgulara rağmen çalışmamızda kontrol grubunda depresif belirtiler ve benlik algısı arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğünün aracı rolü desteklenmemiştir. Bu çalışma çerçevesinde herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan kontrol grubunda duygu düzenleme güçlüğünün depresif belirtiler ve benlik algısı arasında aracı rolü olmadığı sonucuna varılmıştır.

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Buna göre ÖÖB'nin disleksi alt tipinde yer alan katılımcıların diskalkuli ve disgrafi alt tipi görülen katılımcılara göre sayıca daha fazla olması ve

yalnızca öz bildirim ölçeklerinin kullanılması sınırlılık olarak değerlendirilebilir. Bunun yanı sıra kontrol grubundakilerin psikiyatrik tanı alıp alma durumu bilgi alma formu ve okulun rehberlik biriminden alınan bilgilere göre belirlenmiş olsa da, bu grubun psikiyatrik bir muayeneden geçmiş olmaması araştırmanın bir başka sınırlılığı olarak görülebilir. Bu sınırlılıkların yanı sıra çalışmada kontrol grubu kullanılmış olması, ÖÖB'nin sıklıkla DEHB, DB, KOKGB gibi diğer psikopatolojilerle komorbidite göstermesine rağmen eş tanısı olan katılımcının çalışmaya dâhil edilmemesi ve geçerliliği ve güvenilirliği yüksek araçların kullanılması çalışmanın güçlü yanları olarak sıralanabilir.

Özetle ÖÖB tanısı olan çocukların benlik algısı ve depresif belirtilerine ilişkin çalışmalarda duygu düzenleme güçlüğü görece az çalışılan bir konudur. Kontrol grubunun kullanıldığı bu çalışmada ÖÖB tanısı olanlarda benlik algısı ile depresif belirtiler arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğünün kısmi aracılık etkisi olduğu ortaya çıkmıştır. Bu kısmi aracılık; düşük benlik algısının, duygu düzenleme güçlüğüne ilişkin sorunları artırması, duygu düzenlemede yaşanan bu olumsuz durumun da depresif belirtileri artırmasıyla açıklanabilir. Depresif belirtiler, benlik algısı ve duygu düzenleme güçlüğü faktörlerinin birlikte ele alınmasının ÖÖB'nin prognozunu etkileyecek risk etmenlerinin ve koruyucu etmenlerin değerlendirilmesinde önemli olduğu ve bu çalışmadan elde edilen sonuçların ÖÖB tanısı olan bireylerin psikolojik iyi oluş bakımından desteklenmesi ve sosyal ve akademik alandaki işlevselliklerinin arttırılması amacıyla geliştirilecek psikososyal yaklaşımlar için oldukça faydalı olacağı düşünülmektedir.

Yazışma Adresi: Psk. Gözde Akkaya, Leksia Kişisel
Gelişim ve Danışmanlık Merkezi, Türkiye
gozdeakkaya8@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2013.
2. Kavale K, Forness S. Social skill deficits and learning disabilities: A meta-analysis. *J Learn Disabil* 1996; 29:226-237.
3. Kuhne M, Wiener J. Stability of social status of children with and without learning disabilities. *Learn Disabil Q* 2000; 23:64-75.
4. Ochoa S, Olivarez A. A meta-analysis of peer rating sociometric studies of pupils with learning disabilities. *J Spec Educ* 1995; 29:1-19.
5. Heyman W. The self-perception of a learning disability and its relationship to academic self-concept and self-esteem. *J Learn Disabil* 1990; 23:472-475.
6. Bear G, Minke K, Manning M. Self-concept of students with learning disabilities: A meta analysis. *School Psych Rev* 2002; 31:405-427.
7. Elbaum B, Vaughn S. For which students with learning disabilities are self-concept interventions effective? *J Learn Disabil* 2003; 36:101-108.
8. Bem DJ. Self-perception: An alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena. *Psychol Rev* 1967; 74:183-200.
9. Bem DJ. Self-Perception Theory, in *Advances In Experimental Social Psychology*. Edited by Berkowitz L. New York, Academic Press, 1972, pp. 1-62.
10. MacMaster K, Donovan L, MacIntyre P. The effects of being diagnosed with a learning disability on children's self-esteem. *Child Study Journal* 2002; 32:101-109.
11. Migden S. Self-esteem and depression in adolescents with specific learning disability. *J Infant Child Adolesc Psychother* 2002; 2:145-160.
12. Hildenbrand S, Roberts C, Harris-Looby J, Wolman C, Marasco J, Piper T. Self Esteem, Self-Efficacy, Locus Of Control, Reading Attitude, And Reading Achievement In Students With Specific Learning Disabilities. Barry University, Doctoral Dissertation. 2009.
13. Oladele AO, Oladele IT. Depression and suicidal ideation among college students with and without learning disabilities in Nigeria. *The European Journal of Social and Behavioural Sciences* 2016; 16:2084-2100.
14. Zeleke S. Self-concept of students with learning disabilities and their normally achieving peers: A review. *Eur J Spec Needs Educ* 2004; 42:145-170.
15. Gans AM, Kenny MC, Ghany DL. Comparing the self-concept of students with and without learning disabilities. *J Learn Disabil* 2003; 36:287-295.
16. Renick M, Harter S. Impact of social comparisons on the developing self-perceptions of learning-disabled students. *J Educ Psychol* 1989; 81:631-638.
17. Beck AT. *Cognitive Therapy And The Emotional Disorders*. New York, International Universities Press, 1976.
18. Seligman M, Peterson C. A Learned Helplessness Perspective On Childhood Depression: Theory And Research, in *Depression In Young People*. Edited by Rutter M, Izard CE, Read PB. New York, Guilford Press, 1986, pp. 223-251.
19. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. *Kaplan and Sadock's Concise Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Pensilvanya, Lippincott Williams&Wilkins, 2009.
20. Sikabofori T, Iyer A. Depressive Disorders In People With Intellectual, in *Anxiety And Depression In People With Intellectual Disabilities: Advances In Interventions*. Edited by Raghavan R. Brighton, Pavilion Publishing and Media Ltd., 2012.
21. Cooper SA, Smiley E, Morrison J, Williamson A, Allan L. An epidemiological investigation of affective disorders with a population-based cohort of 1023 adults with intellectual disabilities. *Psychol Med* 2007; 37:873-882.
22. Buckles J, Luckasson R, Keefe E. A systematic review of the prevalence of psychiatric disorders in adults with intellectual disability, 2003-2010. *J Ment Health Res Intellect Disabil* 2013; 6:181-207.
23. Francis DA, Caruana N, Hudson JL, McArthur GM. The association between poor reading and internalising problems: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2019; 67:45-60.
24. Maag JW, Reid R. Depression among students with learning disabilities: Assessing the risk. *J Learn Disabil* 2006; 39:3-10.
25. Nelson JM, Harwood H. A meta-analysis of parent and teacher reports of depression among students with learning disabilities: Evidence for the importance of multi-informant assessment. *Psychol Sch* 2011; 48:371-384.
26. Humphrey N, Mullins P. Self-concept and self-esteem in developmental dyslexia. *J Res Spec Educ Needs* 2002; 2(2).
27. Undheim A, Sund A. Psychosocial factors and reading difficulties: Students with reading difficulties drawn from a representative population sample. *Scand J Psychol* 2008; 49:377-384.
28. Shields A, Cicchetti D. Emotional regulation among school-age children: The development and validation of a new criterion q-sort scale. *Dev Psychol* 1997; 33:906-916.
29. Koole S. The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cogn Emot* 2008; 23:4-41.
30. Gross J. Emotion Regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology* 2002; 39:281-291.
31. John O, Gross J. Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *J Pers* 2004; 72:1301-1333.
32. Ursache A, Blair C, Raver C. The promotion of self-regulation as a means of enhancing school readiness and early achievement in children at risk for school failure. *Child Dev Perspect* 2012; 6:122-128.
33. Valiente C, Swanson J, Lemert-Chalfant K. Kindergartners' temperament and classroom engagement: Moderation by effortful control. *Social Development* 2012; 21:558-576.

34. Maughan A, Cicchetti D, Toth S, Rogosch F. Early-occurring maternal depression and maternal negativity in predicting young children's emotion regulation and socioemotional difficulties. *J Abnorm Child Psychol* 2007; 35:685-703.
35. Cole P, Michel M, Teti LO. The development of emotion regulation and dysregulation: Clinical perspective. *Monogr Soc Res Child Dev* 1994; 59:73-100.
36. Silk J, Steinberg L, Morris A. Adolescents emotion regulation in daily life: Links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Dev* 2003; 74:1869-1880.
37. Eisenberg N, Fabes RA, Gurthrie IK, Murphy BC, Maszk P, Holmgren R, et al. The relations of regulation and emotionality to problem behavior in elementary school children. *Dev Psychopathol* 1996; 8:141-162.
38. Eisenberg N, Fabes RA, Shepard SA, Murphy BC, Guthrie IK, Jones S, et al. Contemporaneous and longitudinal prediction of children's social functioning from regulation and emotionality. *Child Dev* 1997; 68:642-664.
39. Margalit M, Al-Yogan M. The Loneliness Experience of Children With Learning Disabilities, in *The Social Dimensions of Learning Disabilities*. Edited by Wong BYL, Donahue ML. New Jersey, Lawrence Erlbaum, 2002, pp. 53-76.
40. Pavri S, Monda-Amaya L. Loneliness and students with learning disabilities in inclusive classrooms: Self-perceptions, coping strategies, and preferred interventions. *Learn Disabil Res Pract* 2000; 15:22-33.
41. Martinez R, Semrud-Clikeman M. Emotional adjustment and school functioning of young adolescents with multiple versus single learning disabilities. *J Learn Disabil* 2004; 37:411-420.
42. Mishna F. Learning disabilities and bullying. *J Learn Disabil* 2003; 36:336-347.
43. Maughan A, Cicchetti D. Impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment. *Child Dev* 2002; 73:1525-1542.
44. Piers EV, Harris DB. Age and other correlates of self-concept in children. *Journal of Educational Psychology* 1964; 55:91-95.
45. Çataklı M, Öner N. Çocuklarda öz kavramı ölçeği: Piers-Harris ölçeğinin bir çeviri ve güvenilirlik çalışması. *Boğaziçi Üniversitesi Dergisi* 1986; 12:85-100.
46. Öner N. Piers-Harris Çocuklarda Öz Kavramı Ölçeği El Kitabı. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1996.
47. Kovacs M. Rating scales to assess depression in school-age children. *Acta Paedopsychiatr* 1980; 46:305-315.
48. Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991; 2:132-136.
49. Kapçı EG, Uslu RI, Akgün E, Acer D. İlköğretim çağı çocuklarında duygu ayarlama: Bir ölçek uyarlama çalışması ve duygu ayarlamayla ilişkili etmenlerin belirlenmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2009; 16:13-20.
50. Preacher KJ, Hayes AF. Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behav Res Methods* 2008; 40:879-891.
51. Hayes AF. *Introduction to Mediation, Moderation, And Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*. 2nd ed. New York, The Guildford Press, 2018.
52. Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol* 1986; 51:1173-1182.
53. Preacher KJ, Hayes AF. SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behav Res Methods* 2004; 36:717-731.
54. Teisl M, Cicchetti D. Physical abuse, cognitive and emotional processes, and aggressive/disruptive behavior problems. *Social Development* 2008; 17(1):1-23. doi:10.1111/ j.1467-9507.2007.00412.x
55. Miller AL, Fine SE, Gouley KK, Seifer R, Dickstein S, Shields A. Showing and telling about emotions: interrelations between facets of emotional competence and associations with classroom adjustment in head start preschoolers. *Cogn Emot* 2006; 20(8):1170-1192. doi:10.1080/02699930500405691
56. Rydell A, Berlin L, Bohlin G. Emotionality, emotion regulation, and adaptation among 5- to 8-year-old children. *Emotion* 2003; 3:30-47.
57. Spinard TL, Eisenberg N, Cumberland A, Fabes RA, Valiente C, Shepard SA, et al. Relation of emotion-related regulation to children's social competence: A longitudinal study. *Emotion* 2006; 6:498-510.
58. Andersen SL, Teicher MH. Stress, sensitive periods and maturational events in adolescent depression. *Trends Neurosci* 2008; 31:183-191.
59. Twenge JM, Nolen-Hoeksema S. Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort differences on the children's depression inventory: A meta-analysis. *J Abnorm Psychol* 2002; 111:578-588.
60. Kring AM, Sloan DM. *Emotion Regulation In Psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology And Treatment*. New York, Guilford, 2010.
61. Moses EB, Barlow DH. A new unified approach for emotional disorders based on emotion science. *Curr Dir Psychol Sci* 2006; 15:146-150.
62. Kuyken W, Watkins E, Holden E, Cook W. Rumination in adolescents at risk for depression. *J Affect Disord* 2006; 96:39-47.
63. Burwell RA, Shirk SR. Subtypes of rumination in adolescence: Associations between brooding, reflection, depressive symptoms, and coping. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2007; 36:56-65.

COVID-19 tanısı ile tedavi gören bireylerin iyileşme dönemi sonrasında psikiyatrik tanı açısından değerlendirilmesi

Psychiatric evaluation of individuals treated with the diagnosis of COVID-19 following recovery period

Bariş Yılbaş¹

¹Dr. Öğr. Üyesi, Sanko Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye <https://orcid.org/0000-0001-8987-5396>

ÖZET

Amaç: COVID-19 pandemisinin ruh sağlığı üzerine etkilerine ilişkin henüz kısıtlı sayıda araştırma yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda daha çok genel topluma ve risk altındaki sağlık çalışanlarına odaklanılmıştır. Henüz literatürde COVID-19 geçirenlerde iyileşme dönemi sonrasındaki ruhsal durumu inceleyen herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda COVID-19 geçiren bireylerin iyileşme dönemi sonrasında psikiyatrik tanı açısından değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. **Yöntem:** Çalışmaya COVID-19 geçirdiği klinik testlerle doğrulan, taburculuk sonrasında en az bir aylık süre geçen 50 katılımcı dahil edildi. **Bulgular:** Katılımcıların 5'ine (%10) tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu (yaygın kaygı bozukluğu tanı kriterlerini karşılamakla birlikte henüz süre tanı ölçütünü karşılamamaktadır), 3'üne (%6) panik bozukluk, 2'sine (%4) tanımlanmış diğer bir bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluk (kısa bedensel belirti bozukluğu), 1'ine (%2) major depresyon bozukluğu, 1'ine (%2) travma sonrası stres bozukluğu, 1'ine (%2) obsesif kompulsif bozukluk, 1'ine (%2) ise tanımlanmış diğer bir uykusuzluk bozukluğu (kısa uykusuzluk bozukluğu) tanısı konmuştur. Katılımcıların 6'sında (%12) tanı kriterlerini karşılamayacak düzeyde anksiyete belirtileri, 2'sinde (%4) ise tanı kriterlerini karşılamayacak düzeyde depresif belirtiler mevcuttu. Diğer 28 (%56) katılımcıda herhangi bir ruhsal bozukluk saptanmamıştır. **Sonuç:** Çalışmamız her ne kadar önemli kısıtlılıklar içerse de COVID-19 viral enfeksiyonu geçiren bireylerde iyileşme dönemi sonrasında anksiyete belirtilerinin oldukça sık görüldüğünü göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: Antipsikotikler, Polifarmasi, Şizofreni, Psikotik bozukluklar

SUMMARY

Objective: A limited number of studies are available on the impact of COVID-19 pandemic on mental health. Studies have mostly focused on general population and healthcare providers at risk. There are no studies in the literature investigating the mental status of COVID-19 patients during the post-treatment period. The aim of the present study was to evaluate the mental status of the adults recovering from COVID-19. **Method:** Fifty adults with a clinically confirmed diagnosis of COVID-19 and a post-discharge period of at least one month were included in the study. **Results:** Among the study sample, other specified anxiety disorder (diagnostic criteria for generalized anxiety disorder were met except for the duration) was diagnosed in 5 (10%) individuals, panic disorder in 3 (6%), other specified somatic symptom and related disorder (brief somatic symptom disorder) in 2 (4%) individuals, and major depressive disorder, post-traumatic stress disorder, obsessive-compulsive disorder and other specified insomnia disorder (brief insomnia disorder) in one individual each (%2). There were 6 (12%) participants with subthreshold anxiety and 2 (4%) participants with subthreshold depression. No mental disorder was identified in the remaining 28 (56%) participants. **Discussion:** Despite important limitations, the current study revealed that anxiety symptoms are quite common in individuals recovering from COVID-19.

Key Words: Antipsychotics, Polypharmacy, Schizophrenia, Psychotic disorders

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2021;24:239-245)

DOI: 10.5505/kpd.2020.89156

GİRİŞ

Aralık 2019'da Çin'in Hubei eyaletindeki Wuhan kentinde ortaya çıkan yeni korona virüs hastalığı (COVID-19) hızla tüm dünyaya yayıldı. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 30 Ocak 2020'de COVID-19'un uluslararası endişe yaratan bir halk sağlığı acil durumu olduğunu duyurdu. Ardından 11 Mart 2020'de COVID-19'u pandemi olarak ilan etti (1,2). Enfeksiyon çoğu kişide hafif seyretmekle birlikte bir kısım hastada daha ağır klinik tablolara yol açabilmektedir (3). Bireylerde hastalığın kendisine ve ailesine bulaşacağına dair korkular, belirsizlik, yaşadığı veya çalıştığı yerin güvensiz olduğuna yönelik düşünceler yoğun kaygı kaynaklarıdır. Diğer taraftan hastalığı geçirenlerde hastalığın seyri ve tedaviyle ilgili belirsizlikler ruhsal yapı üzerinde dramatik etkiler yaratabilir (4). Ayrıca uygulanan karantina-izolasyon tedbirleri sonucunda özgürlüğü kaybetmek, sevilen kişilerden ayrı kalmak, kamu sağlığı için koyulan bazı kurallara uymak zorunda olmak ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkiler oluşturabilir. İlk günlerde daha çok akut stres tepkileri, uyum bozuklukları, davranış bozuklukları ortaya çıkarken karantina süreci uzadıkça depresyon, akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk hatta psikotik bozukluk görülebilir (4,5,6,7). Karantina uygulanan sağlık çalışanlarında yıllar sonra bile hala depresyona yatkınlık tespit edilmiştir (8). Pandemi sürecinde ruhsal açıdan olumsuz etkileri olan bir diğer durum damgalamadır. Damgalanan kişide yalnızlık hissi, içe kapanma, umutsuzluk, çaresizlik, suçluluk düşünceleri sonucu ruhsal bozukluklar gelişebilir (9). 21. yüzyılın ilk salgını olan ani gelişen ciddi solunum yetmezliği hastalığı (SARS) sonrasında yapılan bir araştırmada bu hastalığı geçirip iyileşenlerin %32'sinde anksiyete belirtileri veya depresif yakınmalar tespit edilmiştir (10). Yine erken iyileşme döneminde yapılan diğer bir çalışmada benzer şekilde katılımcıların %35'inde kaygı bozukluğu veya depresif bozukluk belirtileri saptanmıştır (11). Hong Kong'ta SARS geçiren 90 hastanın 30 ay süren psikiyatrik takipleri incelendiğinde başlangıçta hastaların %58,9'una psikiyatrik bir bozukluk tanısı konulduğu görülmüştür. 30 ay sonunda halen hastaların %33,3'ünde psikiyatrik yakınmaların devam ettiği tespit edilmiştir (12).

COVID-19 pandemisinin ruh sağlığı üzerine etkilerine ilişkin henüz kısıtlı sayıda araştırma yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda daha çok genel topluma ve risk altındaki sağlık çalışanlarına odaklanılmıştır (13,14,15,16). Wuhan'da COVID-19 salgını sırasında 4872 katılımcı üzerinde yapılan bir çalışmada genel toplumda depresyon sıklığı %48,3, anksiyete sıklığı %22,6, ikisinin birlikteliği ise %19,4 olarak bulunmuştur (13). Hastanede yatan COVID-19 tanılı 144 hastada ruhsal etkileri inceleyen ilk çalışmada hastaların %34,7'sinde anksiyete belirtileri, %28,4'ünde ise depresif belirtiler saptanmıştır. Ayrıca ileri yaş, hastalığın şiddeti, eğitim düzeyi düşüklüğü, ailede başka birinin daha hastalık tanısı alması, kadın cinsiyetinde olma, sosyal destek azlığı ile anksiyete ve depresyon gelişimi arasında ilişki bulunmuştur (17). Henüz literatürde COVID-19 geçirenlerde iyileşme dönemi sonrasındaki ruhsal durumu inceleyen herhangi bir araştırma bulunmamaktadır.

Çalışmamızın amacı COVID-19 tanısı ile tedavi gören bireylerin iyileşme dönemi sonrasında psikiyatrik tanı açısından değerlendirilerek, bu kişilerdeki ruhsal bozuklukların sıklığının belirlenmesidir. Böylelikle bu bireylerin psikiyatrik açıdan takibinin gerekli olup olmadığının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca COVID-19 ile ruhsal bozuklukların ilişkisine dair henüz oldukça sınırlı olan literatür bilgisine katkı sağlanması amaçlanmaktadır.

YÖNTEM

İşlem

Araştırmamız için TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü COVID-19 Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonu tarafından gerekli ön izin verildikten sonra yerel etik kuruldan 06/05/2020 tarihinde 2020/169 karar no ile onay alındı. Son aşama olarak İl Sağlık Müdürlüğü tarafından 27/05/2020 tarihinde 48 sayı no ile izin verildi. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün yazısına istinaden hastanemiz bünyesinde kurulan psikososyal destek biriminin hizmetleri kapsamında COVID-19 tanısıyla hastanemizde veya hastanemize bağlı yurtlarda yatarak tedavi

gören hastalara taburculuk sonrasında ulaşıldı. Çalışmanın yapıldığı tarihlerde il pandemi kurulu kararları gereğince COVID-19 tanısı alan tüm hastalar hastanelerde veya hastanelerin bir parçası haline getirilen Kredi Yurtlar Kurumuna ait yurtlarda yatarak tedavi edilmekteydi. 28 Mayıs- 30 Haziran tarihleri arasında 220 hastayla görüşme yapılarak, çalışma için gerekli ön bilgilendirme yapıldı. Araştırmaya katılmayı kabul edenlere COVID-19 tanısı testi negatife döndükten dört hafta sonrası için randevu verilmesi planlandı. Çalışmaya ek kronik hastalığı bulunan bireyler de dahil edildi. Ancak herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısıyla halen tedavi görmekte olanlar araştırma kapsamı dışında bırakıldı. Çalışmaya katılmayı kabul eden 66 gönüllüye hastanemiz psikiyatri polikliniğinde klinik görüşme yapmak üzere 1 Haziran-15 Temmuz tarihleri arasında randevu verildi. Randevu verilenlerden 52'si görüşmeye gelirken yapılan ön değerlendirmede 2'si enfeksiyon geçirmeden önceki dönemde anksiyete bozukluğu tanısıyla tedavi görmekte olduğundan araştırma kapsamı dışında bırakıldı. Çalışmaya toplam 50 katılımcı dahil edildi, gönüllü onam alındıktan sonra klinik görüşme yapılarak, Sosyodemografik Veri Formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D) ve Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A) uygulandı.

Değerlendirme Araçları

Sosyodemografik Veri Formu: Çalışmaya katılanların sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen Sosyodemografik Veri Formu kullanılmıştır. Bu formda gönüllünün yaşı, cinsiyeti, eğitimi, medeni hali, iş ve sağlık güvencesi durumu, yaşadığı yer, geçmiş ve günümüz tıbbi bilgileri ile ilgili sorgulama yapılmıştır.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): BDÖ depresyon belirtilerini bedensel, duygusal ve bilişsel olarak üç alanda değerlendirmeyi sağlayan bir öz bildirim ölçeğidir. Toplam 21 sorudan oluşmaktadır, sıfırdan üçe kadar dört puanlık bir aralıkta derecelendirme yapılır, alınacak en yüksek puan 63'tür. 10-16 puan hafif düzeyde, 17-29 arası orta düzeyde,

30 ve üzeri puan şiddetli düzeyde depresif belirtileri işaret eder. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (18). Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (19).

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): BAÖ anksiyetenin derecelendirilmesi için kullanılan bir öz bildirim ölçeğidir. Toplam 21 maddeden oluşmaktadır, bedensel ve bilişsel anksiyete belirtilerini içermektedir. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (20).

Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D): Hamilton tarafından geliştirilen HAM-D klinisyenlerin depresyon değerlendirmesinde sıkça kullandıkları bir ölçektir (21). Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (22).

Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A): Hamilton tarafından geliştirilen anksiyete semptomlarının şiddetini ölçmek için klinisyenler tarafından yaygın olarak kullanılan bir ölçektir (23). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (24).

İstatistiksel Analiz

Katılımcılardan elde edilen demografik verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerinden frekans, yüzde analizi, ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu shapiro-wilk testi ile incelenmiş olup normal dağıldığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Ölçeklerden elde edilen puanların demografik özelliklere göre karşılaştırılmasında iki grup içeren değişkenler için t testi yapılmıştır. Ayrıca kategorik verilerin birbiriyle karşılaştırılmasında ki-kare analizi kullanılmıştır. Analizler SPSS 22.0 programı yardımıyla gerçekleştirilmiştir. $p<0.05$ anlamlılık seviyesi seçilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 50 katılımcının %88'i ($s=44$) erkek, %12'si ($s=6$) kadın olup ortalama yaşı 32.82 ± 9.19 yıldır. Gönüllülerin %42'si ($s=21$) fabrika çalışanı, %10'u ($s=5$) sağlık çalışanı, %8'i ($s=4$)

Tablo 1. Sosyodemografik değişkenlerin ve tedaviye ait verilerin tanımlayıcı istatistikleri (s=50)

	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	44	88
Kadın	6	12
Medeni durum		
Evli	34	68
Bekar	16	32
Eğitim durumu		
İlkokul mezunu	13	26
Ortaokul mezunu	12	24
Lise mezunu	12	24
Yüksekokul mezunu	4	8
Üniversite mezunu	8	16
Yüksek lisans	1	2
Yaşam yeri		
Aile ile birlikte	46	92
Tek başına	4	8
Tedavi yeri		
Hastanede servis	43	86
Yoğunbakım	1	2
Yurt	6	12
İzolasyon yeri		
Yurt	33	66
Ev	17	34
Kronik hastalık		
Var	4	8
Yok	46	92
Ailede COVID öyküsü		
Var	29	58
Yok	21	42

öğrenci, %24'ü (s=12) diğer sektörlerde çalışmaktayken %16'sının (s=8) düzenli bir işi yoktu. Katılımcıların tanımlayıcı verileri Tablo 1'de verilmiştir. Hastalık döneminde %86'sı (s=43) hastanede normal serviste, %2'si (s=1) yoğun bakımda tedavi görmüşken, % 12'si (s=6) hastanelere bağlı yurtlarda tedavi edilmişti. Yatarak tedavileri sırasında yoğun bakımda yatan 1'i hariç 49'u (%98) solunum desteği almamıştı. Katılımcıların % 8'inin (s=4) kronik bir hastalığı bulunmaktaydı. Tedavileri tamamlandıktan sonra %66'sına (s=33) yurtlarda, %34'üne (s=17) kendi yaşadıkları yerde izolasyon tedbirleri uygulanmıştır. Hastanede ortalama yatış süreleri 7.42 ± 4.66 gün, yurttaki ortalama izolasyon süreleri 5.26 ± 5.14 gündü. Katılımcıların %58'inin (s=29) ailesinden en az bir kişi daha COVID-19 tanısı almıştı. Katılımcılarla yapılan klinik görüşme sonucunda 5'ine (%10) tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu (yaygın kaygı bozukluğu tanı kriterlerini karşılamakla birlikte henüz süre tanı ölçütünü karşılamamaktadır), 3'üne (%6) panik bozukluk, 2'sine (%4) tanımlanmış diğer bir bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluk (kısa bedensel belirti bozukluğu), 1'ine (%2) major depresyon bozukluğu, 1'ine (%2) travma sonrası stres bozukluğu, 1'ine (%2) obsesif kompulsif bozukluk,

1'ine (%2) ise tanımlanmış diğer bir uykusuzluk bozukluğu (kısa uykusuzluk bozukluğu) tanısı konmuştur (Tablo 2). Katılımcıların 6'sında (%12) tanı kriterlerini karşılamayacak düzeyde anksiyete belirtileri, 2'sinde (%4) ise tanı kriterlerini karşılamayacak düzeyde depresif belirtiler mevcuttu. Diğer 28 (%56) katılımcıda herhangi bir ruhsal bozukluk saptanmamıştır. Yapılan BDÖ, BAÖ, HAM-D ve HAM-A ortalamaları sırasıyla 8.36 ± 8.26 , 8.84 ± 9.23 , 6.08 ± 5.71 ve 8.52 ± 8.65 olarak hesaplandı (Tablo 3). Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ailede ek COVID-19 tanısı varlığı, izolasyon durumu, izolasyon süreleri açısından değerlendirme yapıldığında bu değişkenlerin BDÖ, BAÖ, HAM-D ve HAM-A ölçek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığı saptandı (Tablo 4 ve 5).

TARTIŞMA

Araştırmamızda COVID-19 tanısıyla tedavi gören bireylerin erken iyileşme döneminde psikiyatrik tanı açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmamıza katılan gönüllüleri değerlendirdiğimizde örneklem grubumuzun yaş ortalamasının düşük olduğunu, erkek cinsiyetinin fazla olduğunu, eşlik eden ek hastalık oranının az olduğunu ve enfeksiyonun hafif seyrettiği bireylerden oluştuğunu görmekteyiz. Katılımcıların tamamı hastanede veya hastanenin bir parçası haline getirilen yurtlarda yatarak tedavi görmüştür. Ayrıca %66'sına tedavileri sonlandıktan sonra yurtlarda izolasyon tedbirleri uygulanmıştır. Araştırmamızın sonucunda katılımcıların 14'üne (%28) ruhsal bir bozukluk tanısı konmuştur. Herhangi bir tanı kriterini karşılamayacak ölçüde eşik altı belirtileri bulunan 8 (%16) kişiyi de dahil ettiğimizde çalışmaya katılan bireylerin %44'ünde anksiyete veya depresyon belirtilerinin mevcut olduğu saptanmıştır. SARS salgınında hastalığa

Tablo 2. Katılımcıların psikiyatrik tanılara göre dağılımı

Psikiyatrik Tanılar	Sayı	%
Tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu	5	10
Panik bozukluk	3	4
Tanımlanmış diğer bir bedensel belirti bozukluğu	2	4
Obsesif kompulsif bozukluk	1	2
Travma sonrası stres bozukluğu	1	2
Major depresyon bozukluğu	1	2
Tanımlanmış diğer bir uykusuzluk bozukluğu	1	2
Tanı alan toplam katılımcı	14	28

Tablo 3. Sosyodemografik değişkenlerin ve tedaviye ait verilerin tanımlayıcı istatistikleri (s=50)

Psikiyatrik Tanılar	Sayı	%
Tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu	5	10
Panik bozukluk	3	4
Tanımlanmış diğer bir bedensel belirti bozukluğu	2	4
Obsesif kompulsif bozukluk	1	2
Travma sonrası stres bozukluğu	1	2
Major depresyon bozukluğu	1	2
Tanımlanmış diğer bir uykusuzluk bozukluğu	1	2
Tanı alan toplam katılımcı	14	28

yakalananların erken iyileşme döneminde psikiyatrik açıdan değerlendirildiği bir çalışmada katılımcıların %18'inde depresif şikayetler, %14'ünde ise anksiyete belirtileri tespit edilmiştir (10). Aynı şekilde SARS salgınında erken iyileşme döneminde yapılan bir başka çalışmada hastalığı geçirenlerin %35'inde depresyon ya da anksiyete bozukluğu belirtileri saptanmıştır (11). Bu iki araştırmanın sonuçlarıyla kıyaslandığında çalışma grubumuzdaki anksiyete veya depresif belirtilerinin sıklığı beklenenin çok üzerindedir. Henüz literatürde COVID-19 tedavisi gören bireylerin erken iyileşme döneminde psikiyatrik açıdan değerlendirildiği bir çalışma bulunmamaktadır. Buna karşın salgının başlangıç merkezi olan Çin'de hastanede yatan COVID-19 hastalarının ruhsal sağlığına yönelik yapılan ilk çalışmada dikkat çekici sonuçlar elde edilmiştir. Çin'de yapılan bu çalışmada yaş ortalaması 49.98 ± 13.73 yıl olan, COVID-19 tanısıyla hastanede yatan 74'ü kadın toplam 144 hastanın %34'ünde anksiyete belirtileri, %28'inde ise depresif belirtiler tespit edilmiştir. Ayrıca kadın cinsiyeti, ileri yaş, eğitim düzeyi düşüklüğü, sosyal destek azlığı ve hastalığın şiddetinin bir göstergesi olan oksijen saturasyon düşüklüğü ile anksiyete belirtileri arasında bir ilişki saptanmıştır. Aynı şekilde yaş yüksekliği, ailede başka bir bireyin daha enfeksiyon tanısı alması, düşük eğitim seviyesi ve sosyal destek azlığı ile depresif yakınmalar arasında korelasyon bulunmuştur (17). Çin'de yapılan bu çalışma,

sadece hastanede yatarak tedavi gören hastaların dahil edildiği düşünüldüğünde hastalığın seyriyle ilgili belirsizliğin ve endişelerin en yoğun dönemde yapılmıştır. Ayrıca enfeksiyon geçiren bireylerin hastanede sevdiklerinden ayrı oldukları ve ailelerinin de hastalığa yakalanacağına dair kaygı yaşadıkları düşünüldüğünde bu kişilerde yüksek oranda anksiyete ve depresyon belirtilerinin gözlenmesi beklenebilir bir durumdur. Çin'de yapılan çalışmayı anksiyete ve depresif belirtilerin gelişimi açısından risk faktörü olduğu tespit edilen değişkenler açısından değerlendirdiğimizde örneklemimizde daha düşük düzeyde ruhsal bozuklukların gözlenmesi beklenebilirdi. Öncelikli olarak çalışmamızdaki katılımcıların yoğun bakımda yatan biri hariç tedavileri solunum desteği almadan tamamlanan hafif klinik seyirli bireyler olduğunu görmekteyiz. Ayrıca yaş ortalaması Çin'deki araştırmaya göre oldukça düşüktü. Diğer bir risk faktörü olarak tanımlanan kadın cinsiyeti ele aldığımızda araştırmamızda sadece 6 kadın gönüllü bulunmaktaydı. Çalışma örneklemimizin en dikkat çekici özelliği ise katılımcıların %66'sına tedavileri tamamlandıktan sonra kendi yaşam alanları dışında yurtlarda izolasyon tedbirleri uygulanmış olmasıdır. Karantina-izolasyon uygulamaları ruhsal bozukluklara yol açabilir (4,5,6,7). Karantina süresinin 10 günden uzun sürmesinin bireylerde ruhsal bozukluk gelişme riskini daha da arttırdığı ortaya konmuştur (5). Çalışmamızdaki katılımcılarda her ne kadar

Tablo 4. BDÖ ve BAÖ toplam puanlarının cinsiyet, yaş, eğitim durumu, izolasyon durumu açısından değerlendirilmesi

	Sayı	BDÖ Ort.±SS	p	BAÖ Ort.±SS	p
Cinsiyet					
Erkek	44	8.05±8.45	0.471	8.27±8.93	0.243
Kadın	6	10.67±6.80		13.00±11.21	
Yaş(yıl)					
<30	21	7.57±7.44	0.571	8.05±9.37	0.610
≥30	29	8.93±8.89		9.41±9.24	
Eğitim durumu					
İlköğretim	25	9.04±9.46	0.839	9.12±10.28	0.636
Lise mezunu	12	7.17±6.37		6.75±5.61	
Üniversite mezunu	13	8.15±7.73		10.23±10.03	
Yurtta izolasyon durumu					
Var	33	8.88±8.87	0.541	8.97±9.77	0.892
Yok	17	7.35±7.07		8.59±8.35	
İzolasyon Süresi(gün)					
<10	38	7.68±7.12	0.308	7.95±8.02	0.227
≥10	12	10.50±11.26		11.67±12.30	

Tablo 5. HAM-D ve HAM-A toplam puanlarının cinsiyet, yaş, eğitim durumu, izolasyon durumu açısından değerlendirilmesi

	Sayı	HAM-D Ort.±SS	p	HAM-A Ort.±SS	p
Cinsiyet					
Erkek	44	5.88±5.86	0.474	7.84±8.12	0.134
Kadın	6	7.67±4.32		13.50±11.55	
Yaş(yıl)					
<30	21	5.26±5.24	0.380	7.48±8.69	0.474
>30	29	6.69±6.02		9.28±8.71	
Eğitim durumu					
İlköğretim	25	6.52±6.17	0.839	8.56±8.94	0.966
Lise mezunu	12	5.33±5.40		8.00±7.85	
Üniversite mezunu	13	5.92±5.41		8.92±9.43	
Yurtta izolasyon durumu					
Var	33	6.58±6.14	0.398	8.91±8.86	0.662
Yok	17	5.12±4.77		7.76±8.44	
İzolasyon Süresi(gün)					
<10	38	5.68±5.12	0.388	7.97±8.26	0.433
≥10	12	7.33±7.40		10.25±9.99	

COVID-19 klinik olarak hafif seyretmiş olsa da izolasyon döneminde yaşadıkları yalnızlık, sevdiklerinden uzak olma, belirsizlik, özgürlüklerinin kısıtlandığı hissi, kamu sağlığı açısından bazı kurallara uyma zorunluluğu, ileriki dönemde anksiyete ve depresyon belirtilerinin gelişimine yol açmış olabilir. Araştırmamızda yurttan izolasyon tedbirleri uygulanan bireylerde evde izolasyona alınan bireylere göre tüm ölçeklerde daha yüksek puan ortalamaları elde edilmiş olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Yine aynı şekilde yurttan izolasyona alınan kişiler izolasyon süreleri açısından karşılaştırıldığında 10 gün ve üzeri yurttan kalanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmasa da tüm ölçek puanlarında daha yüksek ortalamalar saptanmıştır. Eğer daha geniş örnekleme araştırmamızı yapabileseydik belki de izolasyon ve izolasyon sürelerinin ruhsal durum üzerindeki etkilerini gösterebilirdik.

Çalışmamızın birçok önemli kısıtlılığı bulunmaktadır. Öncelikli olarak psikososyal destek birimi tarafından iletişime geçilen 220 COVID-19 geçiren bireyin sadece 50'si çalışmaya dahil edilebilmiştir. Bundan sonra yapılacak araştırmalarda gerekli etik kurul onayları alınarak internet ortamı üzerinde görüşme yapılması ve ölçeklerin doldurulması daha geniş bir örneklem oluşturulmasını sağlayabilir. Diğer taraftan sadece 6 kadın katılımcının olması cinsiyetler arasındaki olası farklılıkların değerlendirilmesini engellemiştir. Çalışmamızın diğer bir sınırlılığı gönüllülerin genel olarak hastalığın hafif seyrettiği, genç yaşta, ek hastalık tanısı bulunmayan bireylerden oluşmuş olmasıdır. Hastalığın daha ağır seyrettiği, ileri yaş grubunda ve ek hastalık tanısı olan kişilerin de bulunduğu daha geniş örneklemler

bir araştırmada daha farklı sonuçlar elde edilebilir.

SONUÇ

Çalışmamız her ne kadar önemli kısıtlılıklar içerse de COVID-19 tedavisi gören bireylerde erken iyileşme döneminde anksiyete belirtilerinin sıklığının yüksek olduğunu göstermektedir. Çalışmamızın sonuçları COVID-19 geçiren kişilerin taburculuk sonrasında ruhsal açıdan takibinin gerekli olduğunu ortaya koymaktadır. Devlet hastaneleri bünyesinde kurulmaya başlanan psikososyal destek biriminin gerekli altyapı ve etik düzenlemeler yapılarak hastalığı geçiren bireylerle internet ortamında görüşme yapabilmesi sağlanmalıdır. Böylelikle bu bireylerdeki ruhsal bozukluklar daha kısa sürede tanımlanıp tedavi edilebilir. Ayrıca eşik altı belirtileri olan bireylerin takibi büyük bir önem teşkil etmektedir. Öte yandan COVID-19 geçiren bireylerdeki iyileşme dönemi sonrasındaki ruhsal etkileri inceleyecek çok sayıda çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Özellikle daha geniş katılımcıyla yapılacak araştırmalarda izolasyon sürecinin ruhsal yapıya etkilerinin incelenmesi gerekmektedir. Bu sayede önümüzdeki süreçte kamu sağlığı için bir gereklilik olan karantina/ izolasyon uygulamalarında ruhsal sağlığı iyileştirecek tedbirlerin alınmasının önemi ortaya konabilir.

Yazışma Adresi: Dr. Öğr. Üyesi Barış Yılbaş, S a n k o Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye
barisylbas@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Li X, Wang W, Zhao X, Zai J, Zhao Q, Li Y, Chaillon A. Transmission dynamics and evolutionary history of 2019-nCoV. *J Med Virol* 2020; 92:501-511.
2. Lu H, Stratton CW, Tang YW. Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: The mystery and the miracle. *J Med Virol* 2020; 92:401-402.
3. Uğraş DA, Kına HM, Özkan S, İlhan MN. COVID-19 Epidemiyolojisi: Pandemiden Ne Öğrendik. *J Biotechnol and Strategic Health Res* 2020; 1(Özel Sayı):29-36.
4. Kaya B. Pandeminin ruh sağlığına etkileri. *Klinik Psikiyatri* 2020; 23:123-124.
5. Türkiye Psikiyatri Derneği Ruhsal Travma ve Afet Çalışma Birimi. Karantinanın ruhsal etkileri ve koruyucu önlemler. <https://www.psikiyatri.org.tr/TPDDData/Uploads/files/KarantinaCOVID.pdf>, Erişim 19 Nisan 2020.
6. Tecirli ND, Ucuz G, Özel F. Isolation, Quarantine, Social Distancing and Mental Health. *The Bulletin of Legal Medicine* 2020; 25:32-38.
7. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 2020; 395: 912-920.
8. Liu X, Kakade M, Fuller CJ, Fan B, Fang Y, Kong J, Guan Z, Wu P. Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Compr Psychiatry* 2012; 53:15-23.
9. Türkiye Psikiyatri Derneği Ruhsal Travma ve Afet Çalışma Birimi. COVID-19 ve Damgalama. <https://www.psikiyatri.org.tr/uploadFiles/243202019327-DamgalanmaCOVID.pdf>, Erişim 19 Nisan 2020.
10. Wu KK, Chan SK, Ma TM. Posttraumatic stress, anxiety, and depression in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). *J Trauma Stress* 2005; 18:39-42.
11. Chen SKW, Wong CW, Tsong J, Wong KC. Psychological distress and negative appraisals in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). *Psychol Med* 2004; 34:1187-1195.
12. Mak IWC, Chu CM, Pan PC, Yiu MGC, Chan VL. Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *Gen Hosp Psychiatry* 2009; 31:318-326.
13. 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* 15:e0231924. (In press). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>
14. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, Ho RC. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17: doi:10.3390/ijerph17051729. (In press)
15. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, Wang Y, Hu J, Lai J, Ma X, Chen J, Guan L, Wang G, Ma H, Liu Z. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry* 2020; 7:e14. [doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X). (In press).
16. Kurt O, Oguzoncul AF. Levels of anxiety and depression related to COVID-19 among physicians: An online cross-sectional study from Turkey. *Annals of Clinical and Analytical Medicine* 2020; doi:10.4328/ACAM.20206. (In press).
17. Kong X, Zheng K, Tang M, Kong F, Zhou J, Diao L, Wu S, Jiao P, Su T, Dong Y. Prevalence and factors associated with depression and anxiety of hospitalized patients with COVID-19. *MedRxiv* 2020; doi:10.1101/2020.03.24.20043075. (In press).
18. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press, 1978.
19. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenirliği. *Psikoloji Derg* 1989; 7:3-13.
20. Ulusoy M. Beck Anksiyete Envanteri: Geçerlilik ve güvenirlik Çalışması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. 1993.
21. Williams JBW. A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatr* 1978; 45:742-747.
22. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğinin geçerliliği, güvenirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996; 4:251-259.
23. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32:50-55.
24. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 1998; 9:114-117.

Buspiron, SSRI / SNRI kaynaklı bruksizm için bir çözüm olabilir mi?

Can Bupirone be a Remedy for an SSRI / SNRI-induced Bruxism?

Sultan Efsun Tamdemir¹, Bahadır Geniş² Muhammed Hakan Aksu³, Cicek Hocaoglu⁴

¹Dr., ³Öğr. Gör., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Bölümü, Ankara Türkiye <https://orcid.org/0000-0001-7882-9386>
<https://orcid.org/0000-0003-2930-5337>

²Dr. Öğr. Üyesi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, Kocaeli, Türkiye <https://orcid.org/0000-0001-8541-7670>

⁴Prof. Dr., Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Rize <https://orcid.org/0000-0001-6613-4317>

ÖZET

Bruksizm, gündüz (diurnal) veya geceleri (nokturnal) diş gıcırdatma veya sıkma ile karakterize olan ve orofarengeal dokularda çeşitli patolojilere yol açan para-fonksiyonel bir aktivitedir. Buspiron yaygın anksiyete bozukluğunun (YAB) tedavisinde, seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSGI) yan etkilerini azaltmak, depresyon ve anksiyete bozukluklarında tedaviyi güçlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Bu kullanımlarına ek olarak buspiron erişkinlerde bruksizmin tedavisinde de kullanılmaktadır. Bu çalışmada literatürdeki buspiron ile tedavi olmuş bruksizm olgularının özetlenmesi ve tedavi seçeneklerinin tartışılması amaçlanmıştır. Bruksizm tedavisinde buspiron kullanan hakemli tüm makaleleri değerlendirmek için Pubmed, Google Akademik ve Web of Science veritabanları üzerinde sistematik bir araştırma yapıldı. Bruksizm tedavisinde buspiron kullanılan çalışmanın tamamı çalışmaya dahil edildi. Olgu raporları temelinde değerlendirildiğinde, bruksizmin tedavisinde buspiron güvenle kullanılabilir psikotropiklerden biri olarak görülmektedir. Tedavide ortalama günlük dozun 10-20 mg şeklinde ayarlanması ve etkinlik çok daha kısa sürede ortaya çıkabilmekle birlikte minimum 2 hafta beklenmesi önerilebilir. Bu çalışma, birçok olguda bruksizmin tedavisinde etkili olduğu gösterilen buspironun çeşitli sınırlılıklarına rağmen önerilmesi ve bu konuda yapılacak ileri çalışmalara bir adım olması açısından önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Buspiron, bruksizm, yetişkin, uyku bruksizmi, anksiyete

SUMMARY

Bruxism is a parafunctional activity characterized by daytime (diurnal) or nighttime (nocturnal) tooth grinding and squeezing and causing various pathologies in oropharyngeal tissues. Bupirone is used in the treatment of generalized anxiety disorder, to reduce the side effects of selective serotonin reuptake inhibitors, and to strengthen the treatment in depression and anxiety disorders. In addition to these uses, bupirone is also used in the treatment of bruxism in adults. In this study, it is aimed to summarize bruxism cases treated with bupirone in literature and to discuss treatment options. A systematic research was conducted on Pubmed, Google Academic and Web of Science databases to evaluate all peer-reviewed articles using bupirone in the treatment of bruxism. The whole study in which bupirone was used in the treatment of bruxism was included in the study. When evaluated on the basis of case reports, bupirone is seen as one of the psychotropes that can be used safely in the treatment of bruxism. In the treatment, it may be recommended to adjust the average daily dose to 10-20 mg and wait a minimum of 2 weeks, although the effectiveness may occur in a much shorter time. This study is important in terms of recommending bupirone, which has been shown to be effective in the treatment of bruxism in many cases, despite its various limitations and as a step for further studies on this subject.

Key Words: Bupirone, bruxism, adult, sleep bruxism, anxiety

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2021;24:246-256)

DOI: 10.5505/kpd.2020.63496

GİRİŞ

Bruksizm, gündüz (diurnal) veya geceleri (nokturnal) diş gıcırdatma veya sıkma ile karakterize olan ve orofarengeal dokularda çeşitli patolojilere yol açan parafonksiyonel bir aktivitedir (1). Temporomandibular eklem (TME) ve bu eklemi çevreleyen kaslarda oluşan ağrı en sık başvuru sebebidir. Ağrıya ek olarak kaslarda sertlik, eklem kısıtlılığı ve eklem koordinasyon bozuklukları diğer önemli şikayetlerdir (2).

Bruksizm yaygınlığı, çalışmalarda metodolojik farklılıklar nedeniyle oldukça geniş bir aralıkta bildirilmektedir. Bununla birlikte gece bruksizminin %10-13, gündüz bruksizminin ise %22-31 oranları arasında değişen yaygınlığı vardır (3). Genç yaş grubunda bruksizm daha sık görülmekte, oranlar %40-50'ye kadar çıkabilmektedir (3).

Buspiron ilk olarak antipsikotik etki elde etmek amacıyla üretilen bir ilaçtır (4). Antipsikotik etkisi olmayan buspironun anksiyolitik etkisinin olduğu saptanmıştır. Diğer anksiyolitik ilaçlara göre yan etkisinin az olması ve bağımlılık yapmaması sıklıkla kullanılmasına neden olmuştur. Buspiron yaygın anksiyete bozukluğunun (YAB) tedavisinde, seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSGI) yan etkilerini azaltmak, depresyon ve anksiyete bozukluklarında tedaviyi güçlendirmek amacıyla kullanılmaktadır (4). Bu kullanımlarına ek olarak buspiron erişkinlerde bruksizmin tedavisinde de kullanılmaktadır.

Bu çalışmada literatürdeki buspiron ile tedavi olmuş bruksizm olgularının özetlenmesi ve tedavi seçeneklerinin tartışılması amaçlanmıştır.

Bruksizmin Etiyolojisi

Bruksizmin etiyolojisi multifaktöriyeldir. Yapılan çalışmalar sonucunda elde edilen verilerle net bir ilişki bildirilmemiştir. Ancak öne sürülen hipotezler vardır. Geçmiş yıllarda maloklüzyonun bruksizm etiyolojisinde önemli olduğunu öne sürülse de yakın zamanda yapılmış çalışmalarda kesin bir sonuca varılamamıştır (5). Uyku bozukluğu, alkol, sigara ve kafein kullanımı, depresyon, somatizasy-

on ve anksiyete bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıklar ve bazı ilaçların (SSGI, serotonin nor-adrenalin geri alım inhibitörü (SNGİ) vb.) bruksizm ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (6). Bu nedenlerin her birinin altında yatan mekanizmalar farklılık gösterebilir. Etki mekanizmalarının açıklanamamış olması ve mekanizmalar arasında birliktelik olabileceği düşüncesi etiyolojinin netleşmesini oldukça zorlaştırmaktadır. Bununla birlikte, bruksizme etkisi net olan nedenlerden birisi strestir. Stres ve bruksizm arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaların önemli bir kısmında stresin bruksizmi artırdığı gösterilmiştir (6,7). Yapılmış bir çalışmada gece bruksizminde en önemli etiyolojik faktörün emosyonel stres olduğu bildirilmiştir (8). Deneyisel koşullarda psikolojik stres artırılınca, çiğneme kaslarında elektriksel aktivitenin arttığı gösterilmiştir. Stresli ve yorucu günlerden sonra da bruksizmde artış gözlenmiştir. Bruksizmde psikolojik etkenler üzerine yapılan çalışmalarda, anksiyete, düşmanlık (hostilité) ve hiperaktivite ile ilgili güçlü ilişkiler elde edilmiştir. Yapılan bir çalışmada, bruksizmi olanlar, psikolojik ve psikiyatrik yönden iki alt gruba ayrılmıştır; ilk grup "gergin bruksizmliler" olup, öfkeli ve duygusal bozukluklara daha fazla rastlanan kişiler, ikinci grup ise "gergin olmayan bruksizmliler" olarak adlandırılmış ve içsel kontrolleri daha fazla olan, disforik, depresif ve obsesif özellikleri olan bireyler oldukları öne sürülmüştür (9). Bruksizmliler hastalarda elektromiyografi (EMG) ve polisomnografi (PSG) kayıtları değerlendirildiğinde, stresli hastalarda TME kaslarındaki gerilimin daha yüksek olduğu ve bruksizm sıklığının daha fazla olduğu gösterilmiştir (7). EMG ve PSG kayıtlarının stresle değişmesi hasta geri bildirimlerine göre daha nesnel bir kanıt olması açısından önemlidir. Artan stresle oluşan psikiyatrik hastalıklar ve bruksizm arasındaki ilişki depresyon, somatizasyon ve anksiyete bozukluklarıyla oldukça sık araştırılmıştır (10,11). Yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular bu psikiyatrik bozukluklar ile bruksizm arasındaki bir ilişki olduğunu desteklemektedir (11-13). Ancak sonuçlar iyi yorumlanmalıdır. Çünkü çalışmalarda genellikle kullanılan ölçeklerin psikiyatrik alanda tanı koydurucu olmaması, klinik muayenelerde bir standardın olmaması ve önyargı riskinin yüksek olması gibi nedenler sonuçları etkileyebilir. Son yıllarda yapılan bir çalışma ise bruksizmin sandığımızdan da karışık olabileceğini

göstermiştir. Çocuklardaki bruksizm ile annelerin ruhsal durumu arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada, annelerin majör depresyonda olmasının ve çevresinde ciddi stresör olayların olmasının çocuklarındaki bruksizm olasılığını artırdığını belirtilmiştir (14). Yani oldukça önemli bir etkisi olduğunu bildiğimiz stresin, bruksizm üzerindeki etkisi oldukça karmaşık bir yapıdadır.

Bruksizmin etiyojisine yönelik yapılan kapsamlı çalışmalarla alkol alımının bruksizmi artırdığı bilinmektedir. Öte yandan bruksizmi olanlarda uyumadan önce alkol alma alışkanlıklarının, kontrollerden daha fazla olduğu da bildirilmiştir. Bu çalışmalar kapsamında nikotinle ilgili yapılan tek bir çalışmada, sigara kullananlarda bruksizm ve huzursuz bacak sendromunun daha sık olduğu gözlenmiştir. Kafein ile ilgili iki çalışma olup, bir çalışmada bruksizm üzerine artırıcı etki bildirilirken, diğerinde etkisiz olduğu söylenmiştir (15). Opioidler ve bruksizm ile ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Kokain, dopaminerjik etkilidir ve bruksizmi önemli oranda artırır; alkolle birlikte alındığında ise aditif etki ile daha şiddetli bir görünüm oluşturabilir (15).

Etiyolojideki Nörotransmitter Hipotezleri

Bruksizmin etiyojisinde dopaminerjik, serotonerjik ve adrenerjik sistemlerdeki düzensizlikle ilişkili durumların etkili olduğu görülmektedir. Ancak literatür bu anlamda çelişkili sonuçları önümüze koymaktadır (16).

Özellikle gece bruksizmi üzerine yapılan çalışmalarda katekolaminler üzerinde durulmuş ve gece bruksizmi olan kişilerin idrarında yüksek katekolamin seviyesi tespit edilmiştir (16). Etyopatogenezi açıklamaya çalışan bir diğer hipotez de bilimsel kanıtları zayıf olmasına rağmen- norepinefrin, dopamin, serotonin ve GABA'nın çiğneme kaslarının ritmik aktivitesine olan etkileri ile ilişkilidir. Ağzın hareketlerini kontrol eden bazal gangliyonlardaki dopaminin özellikle gece bruksizminin kökeninde önemli rolü olabileceği öne sürülmüştür (17). Hipotez bahsi geçen gangliyonlarda D2 reseptörlerinde bir asimetri olduğunu ve bu asimetrinin de özellikle stresle tetiklenen durumlarda substantia nigra

dopamin üretimi ve salınmasını etkilediğini ve bruksizmin tablosunu ortaya çıkardığını desteklemektedir. Ancak yapılan başka çalışmalarda bir dopamin öncülü olan L-dopa'nın bruksizm üzerine çok kısıtlı etkinliği olduğu gösterilmiş; bir dopamin reseptör agonisti olan bromokriptinin ise etkinliği olmadığı görülmüştür (5, 18).

Noradrenerjik, kolinerjik ve GABAerjik nöronlar arasındaki etkileşimin, kas tonusunun düzenlenmesinde önemli rol oynadığı bilinmektedir. Norepinefrinin gece bruksizmi etyopatogenezi üzerindeki etkisi, $\alpha 2$ adrenerjik reseptör agonisti olan klonidinin ritmik kas aktivitesi sıklığının azaltılmasındaki etkisini gösteren çalışmalar ile desteklenmektedir (18).

Son olarak, GABA, merkezi sinir sistemini (MSS) inhibe eden birincil nörotransmitterdir. Bu hipotezde GABA'nın da bruksizm üzerinde rol oynayabileceği formüle edilmiştir fakat GABA uyanıklığı, uykuyu ve motor aktiviteyi kontrol eden tüm nöronal sistemlerde yer alır (19). Sonuç olarak GABA ve bruksizm arasındaki ilişki dolaylı görülmektedir.

Etiyolojide serotonerjik nörotransmisyon ile ilgili çalışmalar daha çok serotonerjik antidepresanların kullanımı ile gelişen bruksizm vakalarına dayanmaktadır ve burada mesokortikal yolakta dopaminerjik nöronlarda serotonerjik modülasyonun bozulmuş olabileceği öne sürülmüştür (15). Kolesistokin (CCK), glutamat/NMDA, histamin, vazoaaktif intestinal peptid (VIP), P maddesi ve anjiyotensin de uykudaki ritmik çene hareketlerini artıran ve uyku bruksizmi ile ilişkilendirilen nörokimyasallardır (20).

Buspironun Etki Mekanizması ve sık görülen yan etkileri

Serotonin 1A (5HT1A) parsiyel agonisti olan buspironun genel bir anksiyolitik olduğu; ancak anksiyete bozukluğu alt tipleri için özgül olmadığı kabul edilmektedir. Aynı zamanda antidepresanları güçlendirici ajanlar arasında yer almaktadır (21).

Buspironun potansiyel anksiyolitik etkisi, kuramsal

olarak hem presinaptik hem de postsinaptik 5HT_{1A} reseptörlerine parsiyel agonist etkisinin olmasından kaynaklanır. Sinapsın iki tarafındaki etkileri; amigdalaya, prefrontal kortekse, striatuma ve talamusa olan projeksiyonlarda serotonerjik aktivitenin artmasıyla sonuçlanır. Antidepresanlara kıyasla daha erken olmakla birlikte, benzodiazepinlere kıyasla buspironun anksiyolitik etkisi geç başlar; dolayısıyla terapötik etkinliği, 5HT_{1A} reseptörlerinin ilaç tarafından hızla doldurulmasından ziyade adaptif nöronal olaylar ve reseptör olayları sayesinde gösterdiği düşünülmektedir (21). Buspiron ayrıca serotonin 5HT₂ reseptörleri için zayıf bir afiniteye sahiptir ve dopamin D₂ otoreseptörleri üzerinde zayıf bir antagonist görevi görür. Benzodiazepin GABA reseptörleri üzerinde ise hiçbir etkisi yoktur (22).

Anksiyolitik olarak kullanılan benzodiazepinlerin aksine buspiron; hipnotik, antikonvülzan ve kas gevşetici etkinlik göstermez. Benzodiazepinlerle veya MSS depresanları ile çapraz tolerans geliştirmez, alkolle etkileşimi ve kötüye kullanımı yoktur (23).

Buspiron, anksiyete bozukluklarının tedavisinde, SSGİ/SNGİ ilaç gruplarına güçlendirici ajan olarak eklenebilmektedir (21, 24). Hayvan modellerinde SSGİ'lere 5HT_{1A} parsiyel agonist etkili ajan eklenmesi ile beyin 5HT düzeyleri, SSGİ'lerin tek başına yaptıklarından daha hızlı ve daha güçlü şekilde yükseltmektedir. Bunun, 5HT_{1A} parsiyel agonistlerinin, özellikle presinaptik somatodendritik 5HT_{1A} otoreseptörlerine seçici olan, bir tür "yapay serotonin" görevi görmesinden ve 5HT_{1A} parsiyel agonist etkinin ilacın verilmesinin hemen ardından ortaya çıkmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (21).

Buspironun sık görülen yan etkileri ağız kuruluğu, baş dönmesi, baygınlık hissi, sinirlilik ve huzursuzluktur. Yüksek dozlarda ise disfori, bulantı, ishal, güçsüzlük, letarji ve yorgunluk görülebilir (24).

Yapılan çift kör plasebo kontrollü bir çalışmada buspiron grubunda baş dönmesi, sinirlilik, baş ağrısı ve uyuklama şeklindeki yan etkiler hastaların %10'unda görülürken, plasebo grubunda uyuklama, sinirlilik ve baş dönmesi tarzında yan etkilere

%7 hastada rastlanmıştır. Buspironun YAB tedavisinde kullanılan dozlarda endokrin fonksiyonlar, hematopoetik sistem ve karaciğer ile böbrek fonksiyonları üzerine yan etkileri plasebodan farklı bulunmamıştır. Dört haftalık tedavi periyodundan sonra buspiron ve plasebo aniden kesilmiş ve hastalar bir haftalık sürede her gün izlenip; rebound anksiyete ve çekilme semptomları araştırılmış, her iki grupta da rebound anksiyete ve çekilme semptomlarına rastlanmamıştır (25).

Buspironun Psikiyatrik Bozukluklarda Kullanımı

Buspiron 1968'de ilk üretildiğinde bir antipsikotik olarak geliştirilmiş fakat psikoz için faydalı olmadığı görülmüş, sonrasında ise anksiyolitik etkisinden ötürü kullanılmaya devam edilmiştir. Buspironun öncelikli kullanımı, başta yaygın anksiyete bozukluğu olmak üzere anksiyete bozukluklarında ve başta SSGİ'ler olmak üzere antidepresan tedaviye eklenmesi şeklindedir (22).

Yapılan pek çok klinik çalışma buspironun benzodiazepinlere benzer anksiyolitik özelliklere sahip olduğunu göstermiştir. Özellikle YAB tedavisinde önerilmektedir. Benzodiazepinlerin somatik belirtiler ve kas gerginliği gibi belirtilere; buspironun ise anksiyete temelli bilişsel belirtilere daha etkili olma eğiliminde olduğu gösterilmiştir (26).

Depresyonun Giderilmesi için Sıralı Tedavi Alternatifleri (The Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression- STAR-D) çalışması, buspironun unipolar depresyon için SSGİ'lerin yanı sıra güçlendirme olarak etkili olabileceğini öne süren kanıtlar göstermiştir. Daha ileri çalışmalar, SSGİ'lerin cinsel yan etkilerini hafifletmek için kullanımında bazı faydalar bulmuştur (22). Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) bu kullanımları onaylamasa da bazı kanıtlar, buspironun melatonin ile birlikte majör depresyonu tedavi etme ve nörojenezi teşvik etme potansiyeline sahip olduğunu göstermiştir (27).

Yapılan bir başka çalışmada buspiron, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) hastaları için tedavide güçlendirme ajanı olarak değerlendirilmiştir. SSGİ tedavisine güçlendirme ajanı olarak buspiron 12 hafta süre ile ortalama 40,25 mg/gün şeklinde

kullanılmış ve ilacın etkinliği ile ilgili istatistiksel olarak oldukça anlamlı fark elde edilmiş, ölçek puanlarında belirgin düşüş gözlenmiştir (28).

Buspironun benzodiazepinlerden, barbitüratlardan veya alkolden çekilme semptomlarının tedavisinde hiçbir faydası olmadığını bilmek önemlidir. Bu durum, buspironun GABA reseptör aktivitesinin olmaması ile ilgilidir. Ayrıca, daha önce benzodiazepin tedavisi görmüş hastalarda buspironun etkilerinin azaldığı gösterilmiştir (22).

Yeterli dozlarda buspiron YAB'de monoterapi olarak yardımcı olabilirken, diğer daha karmaşık psikiyatrik senaryolarda da yardımcı olabilir. Sumiyoshi ve arkadaşlarının, buspironun şizofreni hastalarında ikinci kuşak antipsikotik tedaviye eklendiği ve bilişsel performansın değerlendirildiği çalışmalarında; en az üç ay boyunca ikinci kuşak antipsikotik ile tedavi edilen yetmiş üç şizofreni hastasına 30 mg/gün buspiron verilmiş. Buspiron alan grubun plasebo grubuna kıyasla üçüncü ayda dikkat ve hızlandırılmış motor performans alanlarında daha iyi performans gösterdiği görülmüştür. Diğer biliş alanlarında anlamlı etkiler kaydedilmemiştir (29). Buspiron, alkol kullanım bozukluğunda da kaygının azalmasına ve 12 haftalık bir tedavi programı sırasında daha az içme gününe neden olmuştur (30).

Buspironun Psikiyatrik bozukluklar Dışındaki Kullanımı

Bruksizm ile ilgili sınıflamalara bakıldığında çok çeşitli olup zaman içinde bir sonuca ulaşmıştır. Etiyolojiye göre yapılan sınıflamada 2 temel kategori vardır. İlki primer (idiopatik uyku bruksizmi) bruksizm olup tanımlanabilir herhangi bir biyo-psikososyal nedeni saptanamamıştır. Sekonder uyku bruksizmi ise nedeni medikal bir durumla ilişkilendirilmiş olan bruksizmdir. Bu neden hareket bozukluğu, uyku bozukluğu, psikiyatrik bozukluklar ya da ilaç/kimyasal kullanımı ile ilişkili olabilen tıbbi bir durumdur. ICD-10'da uyku bruksizmine ek olarak psikojenik bruksizm (F45.8 Diğer somatoform bozukluklar) tanısına da yer verilmektedir. Psikojenik bruksizm, fiziksel bozukluklardan kaynaklanan duyu, fonksiyon ve davranış bozukluğunun olduğu, bunun stresli olaylar veya

problemlerle zaman içinde yakından ilişkili olduğu ancak otonom sinir sistemi aracılığı olmadığı bruksizm olarak tanımlanmaktadır (31). Dolayısıyla bruksizm için etiyolojide bahsedilen çalışmalar ve sınıflandırılması da göz önünde bulundurulduğunda stresin önemi anlaşılmaktadır. Migren ve fonksiyonel gastrointestinal hastalıklar gibi rahatsızlıklarda da stres başlatıcı ya da sürdürücü olarak önemli bir etkidir. Migren, fonksiyonel gastrointestinal hastalıklar ve bruksizm için etiyolojide stresin rol oynayabilmesi dışında bir diğer ortak nokta tedavide buspironun yer almasıdır.

Buspironun 5HT1A reseptörleri üzerinden etki gösteriyor olması, migrende de 5HT1A reseptör alt tiplerinin önemli rolü olduğunun kanıtlanması ile migrende bir tedavi seçeneği olarak buspironun değerlendirilebileceği düşüncesi ortaya çıkmıştır. Yapılan bir çalışmada ağır migren atakları olan 33 hastaya 10 hafta boyunca günde 15-20mg buspiron tedavisi verilmiş. Buspiron iyi tolere edilmesine rağmen, 2 hasta (%6) istenmeyen yan etkiler nedeniyle çalışmayı bitirememiştir. Hastaların %18'inde (n=6) yanıt alınamamasına rağmen, %76'sında (n=25) orta-iyi derecede düzelme olduğu bildirilmiştir (32). Yapılan bir başka çift kör plasebo kontrollü çalışmada toplam 74 migren tanılı hasta iki gruba ayrılmış ve 6 hafta süreyle buspiron (10 mg/gün) veya plasebo ile tedaviye alınmış. Baş ağrısı sıklığı, buspiron ile tedavi edilen grupta %43,3, plasebo grubunda ise sadece %10,3 azalma göstermiştir (33). Buspironun migren tedavisindeki etkisi, migren patofizyolojisinde öne sürülen reseptör duyarlılığı rolünü destekliyor olsa da migren alevlenmelerini önlemede alternatif bir tedavi olup olmayacağı konusunda daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir.

Fonksiyonel gastrointestinal bozukluklar ile psikiyatrik bozuklukların, özellikle anksiyete bozukluklarının komorbiditesi yüksektir (34). Fonksiyonel dispepsisi olan hastalarda aşırı duyarlılık hali ile; kaygı, ağrı eşliğinin düşük olması ve yapılan tetkiklere uyum problemlerinin olması arasında anlamlı derecede ilişki saptanması anksiyolitiklerin hem fonksiyonel gastrointestinal semptomları hem de gastrik sensorimotor fonksiyonu değiştirme potansiyeli olduğunu düşündürmektedir. Yapılan plasebo kontrollü bir

çalışmada fonksiyonel dispepsili hastalarda günde 3 kez 10mg buspiron ile 4 haftalık tedavi; genel semptomları, erken doyumluk ve postprandial doyumluk hissi ile üst abdominal şişkinlik hissini önemli ölçüde iyileştirmiş ve plasebodan anlamlı ölçüde daha üstün olduğu gösterilmiştir (35). 20 sağlıklı gönüllü ile yapılan bir başka plasebo kontrollü çift kör çalışmada; hastalar plasebo grubu ve buspiron 20 mg tek doz alan grup olarak ikiye ayrılmış. Buspironun ortalama distal özofagus dalga amplitüdünü ve süresini önemli ölçüde artırdığı, benzer şekilde, ortalama alt özofagus sfinkter (LES) dinlenme basıncını önemli ölçüde artırırken, ortalama LES gevşeme süresini ve distal başlangıç hızını azalttığı bulunmuş. Buspironun, sağlıklı gönüllülerde özofagus peristaltizm ve LES fonksiyonunu artırdığı söylenmekle birlikte inefektif özofagus motilitesi olan hastalarda buspironun özofagus fonksiyonu ve semptomları üzerine etkilerinden bahsedebilmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (36). İrritabl bağırsak sendromu değişmiş motor fonksiyonun yanı sıra patofizyolojisinde psikososyal faktörleri de içerir [34]. Sağlıklı katılımcılarda yapılan bir çalışmada düşük gastrointestinal fonksiyonlar (kolonik motilite, uyum ve his) için buspironun anlamlı etkisinin olmadığı, kolonik geçişi etkilemediği görülmüştür (37). Sonuç olarak buspironun bazı fonksiyonel gastrointestinal hastalıklar için etkili olduğunu gösteren çalışmalar olsa da etkililik, kullanım süresi ve dozuyla ilişkili daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir.

Veri kaynakları

Bruksizm tedavisinde buspironun kullanıldığı tüm hakemli makaleleri değerlendirmek için Pubmed, Google Akademik, Web of Science veri tabanlarında sistematik bir araştırma yapıldı. Buspironun Bruksizm tedavisinde kullanıldığı saptanan tüm çalışmalar analiz edildi. Arama yapılırken herhangi bir zaman veya dil kısıtlaması kullanılmadı.

Arama stratejisi ve literatür seçimi

İlk aşamada, makalelerin herhangi bir yerinde 'buspiron' ve 'bruxism' kelimelerinin birlikte geçtiği makaleler tarandı. Bu tarama sonrasında Pubmed

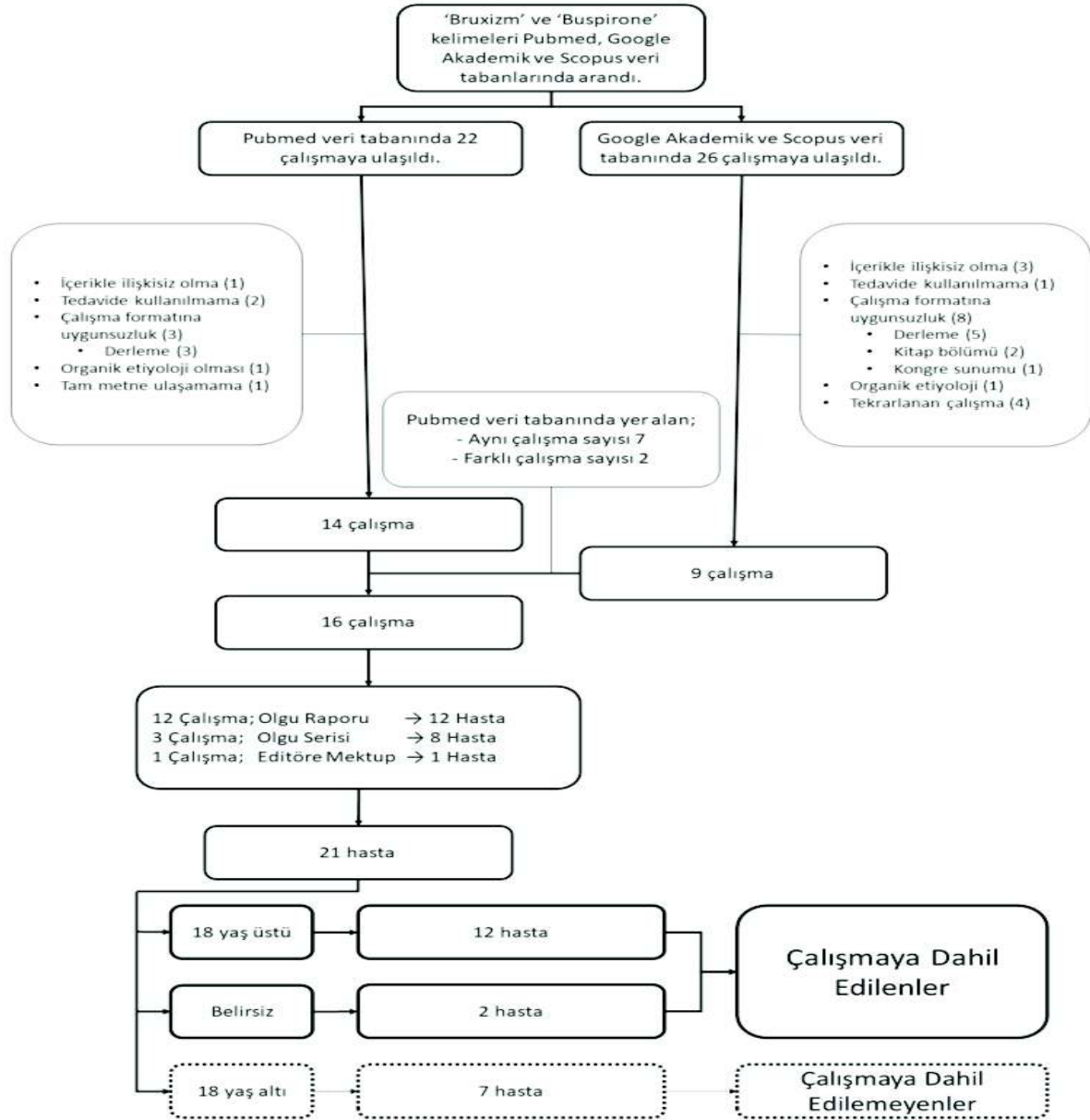
veritabanında 22, Google akademik ve Web of Science veri tabanında ise 26 makale saptandı. Tam metnine ulaşılan tüm çalışmalar araştırmacılar tarafından okundu ve işleme/dışlama kriterlerine göre değerlendirildi.

Katılım kriterleri

Bruksizm oluştuktan sonra tedavide buspiron kullanımının olduğu ve tam metnine ulaşılabilen olgu raporu, olgu serisi, editöre mektup, klinik çalışmalar araştırmaya dahil edildi. Olguların ele alındığı derlemeler, organik patoloji sonucunda oluşan bruksizm varlığı, içerikle ilişkisiz çalışmalar ve tekrarlanan çalışmalar araştırmadan dışlandı. Çalışmaya sadece erişkin hasta grubu dahil edildi. Bu kriterlere göre çalışmalar değerlendirildiğinde, bruksizmin tedavisinde buspiron kullanımı ile ilgili bir klinik çalışma olmadığı gözlemlendi. Literatürdeki yayınların çoğunluğu olgu sunumu şeklindeydi. Sonuç olarak 3 olgu serisi, 12 olgu raporu ve 1 editöre mektup çalışması çalışmaya dahil edildi. Çalışma akış şeması Şekil 1'de gösterildi.

BULGULAR

Tablo 1'de erişkin hastalarda gözlenen bruksizmin tedavisinde buspironun kullanıldığı olgular gösterilmiştir. Olguların on biri kadın biri erkek olup iki olguda cinsiyet belirtilmemiştir. Örneklemen yaş ortalaması $36,66 \pm 13,20$ 'dir. Hastalar arasında en sık gözlenen tanı depresyondur (%71,4). Olguların dördü (%28,5) sertralin, dördü (%28,5) venlafaksin, üçü sitalopram (%21,4), ikisi (%14,2) paroksetin ve biri (%7,1) duloksetinle ilişkilidir. Örneklemdeki hastaların dördünde (%28,5) ek hastalığa yönelik bir ilaç kullanıldığı belirtilmiştir. On hastada gece bruksizmi gelişirken, iki hastada hem gece hem de gündüz devam eden bruksizm gelişmiştir. Belirtilerin başlama süresi sadece iki çalışmada belirtilmiş olup ortalama $29,72 \pm 32,01$ gün sonra belirtilerin başladığı belirtilmiştir. Tedavi edici buspiron dozu $20,00 \pm 14,66$ mg olarak saptanmıştır. Tedaviye yanıtın süresi $18,63 \pm 16,32$ gündür. Olguların dokuzunda tam düzelme olurken, dördünde belirgin düzelme, bir olguda ise belirtilerde gerileme vardır. Bildirilen olguların ortalama takip süresi $9,75 \pm 6,94$ haftadır.



TARTIŞMA

Çok sayıda klinik vaka bildirimleri bruksizmin bir ilaç yan etkisi olarak ortaya çıkabileceğini göstermektedir (38-46). Klinik yönetim ile ilgili olarak, bazı yazarlar kendiliğinden remisyon olabileceğinden 1 ay beklenmesini ve hastanın kliniğinin takip edilmesini önermişlerdir (47). Sorun devam ederse, dozun azaltılması veya ilaç değişikliği sorunu hafifletebilir hatta çözebilir (42). İlacın kesilmesi bruksizmin düzelmesinde en etkili yöntem gibi gözükmesine rağmen bazı klinik durumlarda bu mümkün olmayabilir. Mevcut ilaçla

psikiyatrik semptomların başarılı bir şekilde tedavi edildiği ve herhangi bir ilaç değişikliği planlanmadığı durumlarda, bazı yazarlar tedaviye buspiron eklenmesi ile bruksizmin düzeldiğini bildirmişlerdir (42, 43). Bu çalışmada literatürdeki psikotrop kullanımı sonrası gelişen bruksizm olguları ele alınmıştır. Olgularda, bruksizme yol açtığı düşünülen psikotrop, ek ilaçlar, bruksizmin türü, bruksizmin çıkış süresi, tedavi için eklenen buspiron dozu, bruksizmin düzelme süresi ve tedavi sonuçları değerlendirilmiş ve Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Erişkin hastalarda gözlenen bruksizmin tedavisinde buspironun kullanıldığı olgular

Yazar/ Yıl (Kaynak)	Yaş/ Cinsiyet	Tam	Şüpheli ilaç	Kullanılan diğer ilaçlar	Bruksizm başlama tipi	Bruksizm başlama sıklığı	Tedavi	Dozu (Günlük)	Verilme şekli	Tedaviye yanıt sıklığı	Sonuç	Takip sıklığı
Milimhoğlu /2012 (38)	38/K	Depresyon	Paroksetin 20 mg/gün	Belirtilmemiş	Gece brüksizmi	3 hafta	Buspiron	10 mg	Gece, 1*2	2 hafta	Tamamen düzeltme	Belirtilmemiş
Albayrak ve Ekinci / 2011 (39)	32/K	Anksiyete bozukluğu	Duloxetine 60 mg/gün	Belirtilmemiş	Gece brüksizmi	3 hafta	Buspiron	20 mg	Belirtilmemiş	2 hafta	Tamamen düzeltme	6 hafta
Kutluoğlu, Ekinci ve Çayköyü /2010 (40)	31/K	Depresyon	Venlafaksin 150 mg/gün	Belirtilmemiş	Gece brüksizmi	1 hafta	Buspiron	20 mg	Belirtilmemiş	10 gün	Tamamen düzeltme	5 hafta
Ak ve ark./ 2009 (46)	24/K	Yaygın anksiyete bozukluğu	Sitalopram 20 mg/gün	Belirtilmemiş	Gece brüksizmi	4 hafta	Buspiron	5 mg	1*1	2 hafta	Tamamen düzeltme	Belirtilmemiş
Pavloviç Z.N. / 2004 (45)	64/K	Depresyon	Venlafaksin 150 mg/gün	Belirtilmemiş	Gece brüksizmi	6 hafta	Buspiron	40 mg	1*1	4 hafta	Belirgin düzeltme	Belirtilmemiş
Wise MEJ / 2001 (41)	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş	Sitalopram 40 mg/gün	Belirtilmemiş	Gece brüksizmi	10 gün	Buspiron	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş	Tamamen düzeltme	Belirtilmemiş
	Belirtilmemiş	Panik bozukluk, Depresyon	Sitalopram 40 mg/gün	Belirtilmemiş	Gece brüksizmi	3 hafta	Doz azaltma ve Buspiron ekleme	20 mg	2*1	Belirtilmemiş	Tamamen düzeltme	Belirtilmemiş
Jaffe ve Booswick/ 2000 (42)	29/K	BAB, Tip 2	Venlafaksin 150 mg/gün	Valproat	Gece brüksizmi	2 hafta	Doz azaltma ve Buspiron ekleme	30 mg	2*1	Belirtilmemiş	Belirgin düzeltme	Belirtilmemiş
	36/K	Panik bozukluk, Depresyon	Venlafaksin 75 mg/gün	Belirtilmemiş	Gece brüksizmi	2 hafta	Buspiron	10 mg	Belirtilmemiş	3 gün	Tamamen düzeltme	Belirtilmemiş
Jaffe ve Boswick / 1999 (43)	35/E	Depresyon	Sertralin 100 mg/gün	Belirtilmemiş	Gece - gündüz brüksizmi	1 hafta	Buspiron	20 mg	2*1	1 ay	Belirgin düzeltme	Belirtilmemiş
	61/K	Depresyon	Sertralin 100 mg/gün	Alprazolam 0,25 mg/gün	Gece brüksizmi	1 ay	Buspiron	20 mg	2*1	1 hafta	Belirtilerde gerileme	Belirtilmemiş
	38/K	Depresyon	Sertralin 150 mg/gün	Tenazepam 30 mg/gün	Gece - gündüz brüksizmi	1 ay	Buspiron	30 mg	3*1	3 hafta	Tamamen düzeltme	Belirtilmemiş
Romanelli ve ark. / 1996 (44)	32/K	Depresyon	Sertralin 100 mg/gün	Belirtilmemiş	Bruksizm	1 hafta	Buspiron	50	Belirtilmemiş	2 ay	Tamamen düzeltme	2 ay
	20/K	Depresyon	Paroksetin 20 mg/gün	Tetrasiklin 500 mg/gün	Bruksizm	4 ay	Buspiron	5	1*1	4 gün	Belirgin düzeltme	5 ay

Buspiron ile tedavi edilen bruksizm olgularının neredeyse tamamını kadınlar oluşturmaktadır. İki olguda ise cinsiyet bilgisine ulaşılammıştır. Literatürde de bruksizmin önemli çoğunluğunun reproduktif çağıdaki kadınlarda görüldüğü bildirilmektedir (6). Bu açıdan bakıldığında olguların çoğunun erken erişkinlik dönemindeki kadınlarda görülmesi olağan bir sonuç olarak yorumlanabilir. Başta östrojen olmak üzere cinsiyetler arası farklılıklardan kaynaklanan hormonal farklılıkların bruksizm etiyojisinde önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Bruksizmin oluşmasında birincil rolü olan temporomandibular eklemdaki ligamentlerin östrojen ile yakından ilişkisinin olması, premenstrüel fazda bruksizm belirtilerinde artış olması, oral kontraseptif ile ağrıların azalması hormonal farklılıklar üzerindeki hipotezi destekleyen güçlü bulgulardır (42, 48).

Tablodaki olgular incelendiğinde, bruksizmin sıklıkla SSRI kullanımı sonrasında geliştiği görülmektedir. Bunun nedenlerinden birisi SSRI'ların depresyon ve anksiyete bozuklukları başta olmak üzere psikiyatrik hastalıklarda SNRI'lara göre daha sıklıkla kullanılması olabilir. Ayrıca bruksizmin etiyojisindeki Nörotransmitter Hipotezlerinde serotonin noradrenaline göre daha fazla sorumlu tutulmaktadır. SNRI'larla ilişkili olarak venlafaksin kullanımı sonrası gelişen bruksizm ile ilgili vaka bildirimlerinin duloksetine göre daha fazla olduğu görülmektedir. Bunda venlafaksin serotonin geri alım inhibisyonunda noradrenaline göre 30 kat daha fazla seçici olması (duloksetinde 10 kat) ve düşük dozlarda (<150 mg/gün) venlafaksin serotonin etkinliğinin daha ön planda olması neden olarak görülebilir (17). Literatürde venlafaksinden duloksetine geçişle düzelen bir olgunun da olması bu bilgileri destekler niteliktedir (49).

Bruksizmin gelişme süresi açısından bakıldığında 1 haftadan 4 aya kadar değişen bir süre dağılımı olmakla birlikte sıklıkla 2-3 hafta içinde geliştiği görülmüştür. Psikotrop ilaçlara bağlı gelişen bruksizm, psikotrop ilaçların etki mekanizması ile ilişkili olabilir. SSRI'lar farklı beyin bölgelerinde serotonin reseptörlerini etkileyerek oldukça çeşitli yan etkiler ortaya çıkarabilmektedir. İlacın alımından sonra limbik bölgedeki serotonin reseptörlerinin akut uyarılmasıyla kaygı, huzursuzluk, beyin

sapının uyarılmasıyla bulantı, kusma ve uyku sorunları, spinal korddaki serotonin reseptörlerinin uyarılmasıyla cinsel yan etkiler oluşmaktadır. Bazal gangliyonlarda ise 5HT_{2A} serotonin reseptörlerindeki akut uyarılmanın dopaminerjik etkinliği azaltarak akatizi, motor hareket bozuklukları, psikomotor yavaşlama, distonik hareketler gibi yan etkilere neden olduğu bilinmektedir ((50). Bruksizm de bazal gangliyonlarda özellikle D₂ reseptör işlevlerindeki sorunlardan dolayı dopaminerjik iletimdeki bozuklukların olduğu gösterilmiştir (15, 18). Bu alandaki mevcut literatür bilgileri birlikte değerlendirildiğinde, SSRI tedavisi sonrası ilk 1-3 haftalık dönemde serotonin reseptörlerinin etkisiyle dopaminerjik iletimdeki bozulma ile ortaya çıkan önemli yan etkilerinden birisinin de bruksizm olduğu sonucuna ulaşılabilir.

SSRI'lar alındıktan kısa bir süre sonra serotonin geri alım pompasını bloke eder. Nöronlarda bu pompanın bulunduğu somatodendritik bölge ve akson terminalinde serotonin artar. Ancak antidepressan etki hemen başlamaz. Somatodendritik alandaki serotonin artışıyla bu alandaki 5HT-1A reseptörleri (otoinhibisyon yapan reseptör) duyarsızlaşır ve serotonin salınımında disinhibisyon olur. Akson terminalinde serotonin akut döneme göre daha fazla artar ve postsinaptik serotonin reseptörlerini duyarsızlaştırır. Tam da bu dönem SSRI'ların etkisinin başladığı ve yan etkilere karşı toleransın geliştiği zaman dilimidir (21). Buspironun temel etki mekanizması, 5HT-1A reseptörlerinin kısmi agonizmasıdır (24). Bu reseptörün duyarsızlaşması ve nöronal inhibisyonun olması SSRI'ların antidepressan etkinlik göstermeleri için kilit aşamadır. Buspironun bu reseptörü inhibe etmesi ile nöronal inhibisyon daha erken başlamakta ve antidepressan etkinlik 1-2 hafta gibi kısa bir süre içinde ortaya çıkmaktadır (24). Literatürdeki bruksizm gelişmiş olgularda buspiron eklenmesinden sonra belirtilerdeki ortalama düzelme süresi $18,11 \pm 17,87$ gündür (3 gün-2 ay). Bu süre genel olarak buspiron etkinliğinin çıkması için beklenen süreden kısmen daha uzundur. Bunda elde edilen verilerin olgu sunumu temelli olması ve olgu sayılarının az olması kısıtlılık yaratmış olabilir.

Literatürdeki Sınırlılıklar

Bu derlemede tartışılmış olan vaka bildirileri incelendiğinde vakalarda kronik hastalıkların/ek hastalıkların varlığının yeterince sorgulanmadığı görülmektedir. Ayrıca bruksizm etiolojisinde rol oynayan faktörlerden olan sigara ve alkol kullanımına dair verileri de içermemektedir. Hastaların uyku öncesi alışkanlıkları da önemli risk faktörleridir fakat bu vakalarda bu bilgiler de elde edilememiştir. Çoğu vakada tedavide buspiron kullanılmış; az bir kısmında öncelikli öneri olan doz azaltılması denenmiştir. Tedaviye yanıt belirgin düzelme ve tamamen düzelme olarak klinik gözlem şeklinde ifade edilmiştir ve bu gözlemin nesnel değeri düşüktür. Çalışmadan elde edilen bulgular bu kısıtlılıklar göz önünde bulundurularak yorumlanmalıdır.

SONUÇ

Bruksizm etiolojisinin karmaşıklığı, stresin etiolojide üzerinde durulan önemli bir etken olması, bruksizmin çeşitli psikiyatrik hastalıklarla ilişkilendirilmesi fakat bu hastalıklar için kullanılan antidepressanların da bruksizmi tetikleyebilmesi gibi faktörler bruksizmle ilgili belirsizliklerde buzdağının sadece görünen yüzünü

oluşturmaktadır. Bruksizm etiolojisinde, stresin önemli bir etken olması, bruksizmin çeşitli psikiyatrik hastalıklarla ilişkilendirilmesi, bu psikiyatrik hastalıklar için kullanılan antidepressanların da bruksizmi tetikleyebilmesi gibi faktörler ciddi bir karmaşaya yol açmaktadır. Tüm bu karmaşanın yanı sıra bruksizmde farmakolojik tedavi yöntemlerine ilişkin sınırlı sayıda randomize kontrollü çalışma bulunmaktadır. Olgu raporları temelinde değerlendirildiğinde, bruksizmin tedavisinde buspiron güvenle kullanılabilecek psikotropalardan biri olarak görülmektedir. Tedavide ortalama günlük dozun 10-20 mg şeklinde ayarlanması ve etkinlik çok daha kısa sürede ortaya çıkabilmekle birlikte minimum 2 hafta beklenmesi -bazen bu sürenin daha da uzayabileceği göz önünde bulundurularak- önerilebilir. Bu çalışma çeşitli kısıtlılıklarına rağmen etiolojisi ve tedavi seçenekleri net olmayan bruksizm konusunda pek çok olguda tedavide etkili olduğu görülmüş olan buspironun önerilmesi ve bu konuda yapılacak çalışmalar için bir basamak olması açısından önemlidir.

Yazışma Adresi: Dr. Öğr. Üyesi, Bahadır Geniş, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, Kocaeli, Türkiye, bahadirgenis06@gmail.com

KAYNAKLAR

- Adisen MZ, Okkesim A, Misirlioglu M, Yilmaz S. Does sleep bruxism affect masticatory muscles volume and occlusal force distribution in young subjects? A preliminary study. *Cranio* 2019; 37: 278-284.
- Pergamalian A, Rudy TE, Zaki HS, Greco CM. The association between wear facets, bruxism, and severity of facial pain in patients with temporomandibular disorders. *J Prosthet Dent* 2003; 90: 194-200.
- Melo G, Duarte J, Pauletto P, Porporatti AL, Stuginski-Barbosa J, Winocur E, Flores-Mir C, Canto GDL. Bruxism: An umbrella review of systematic reviews. *J Oral Rehabil* 2019; 46: 666-690.
- Howland RH. Buspirone: Back to the Future. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2015; 53: 21-24.
- Lobbezoo F, Ahlberg J, Manfredini D, Winocur E. Are bruxism and the bite causally related? *J Oral Rehabil* 2012; 39: 489-501.
- Erberk Özen N. Psychiatric Aspects In Temporomandibular Disorders and Bruxism. *J Clin Psy* 2007; 10: 148-156.
- van Selms MK, Lobbezoo F, Wicks DJ, Hamburger HL, Naeije M. Craniomandibular pain, oral parafunctions, and psychological stress in a longitudinal case study. *J Oral Rehabil* 2004; 31: 738-745.
- Takemura T, Takahashi T, Fukuda M, Ohnuki T, Asunuma T, Masuda Y, Kondoh H, Kanbayashi T, Shimizu T. A Psychological Study on Patients with Masticatory Muscle Disorder and Sleep Bruxism. *Cranio* 2006; 24: 191-198.
- Pingitore G, Chrobak V, Petrie J. The social and psychologic factors of bruxism. *J Prosthet Dent* 1991; 65: 443-446.
- Bayar GR, Tutuncu R, Acikel C. Psychopathological profile of patients with different forms of bruxism. *Clin Oral Investig* 2012; 16: 305-311.
- Camparis CM, Siqueira JT. Sleep bruxism: clinical aspects and characteristics in patients with and without chronic orofacial pain. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006; 101: 188-193.
- Manfredini D, Ciapparelli A, Dell'Osso L, Bosco M. Mood disorders in subjects with bruxing behavior. *J Dent* 2005; 33: 485-490.
- Polmann H, Domingos FL, Melo G, Stuginski-Barbosa J, Guerra E, Porporatti AL, et al. Association between sleep bruxism and anxiety symptoms in adults: A systematic review. *J Oral Rehabil* 2019; 46: 482-491.
- Goettems ML, Poletto-Neto V, Shqair AQ, Pinheiro RT, Demarco FF. Influence of maternal psychological traits on sleep bruxism in children. *Int J Paediatr Dent* 2017; 27: 469-475.

15. Winocur E, Gavish A, Voikovitch M, Emodi-Perlman A, Eli I. Drugs and bruxism: a critical review. *J Orofac Pain* 2003; 17: 99-111.
16. Klasser GD, Rei N, Lavigne GJ. Sleep bruxism etiology: the evolution of a changing paradigm. *J Can Dent Assoc* 2015; 81: f2.
17. Rajan R, Sun YM. Reevaluating Antidepressant Selection in Patients With Bruxism and Temporomandibular Joint Disorder. *J Psychiatr Pract* 2017; 23: 173-179.
18. de la Hoz-Aizpurua JL, Díaz-Alonso E, LaTouche-Arbizu R, Mesa-Jiménez J. Sleep bruxism. Conceptual review and update. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011; 16: e231-e238.
19. Soyata AZ, Oflaz S. Gabapentin Treatment in Bruxism Associated With Fluoxetine. *J Clin Psychopharmacol* 2015; 35: 481-483.
20. Lavigne GJ, Kato T, Kolta A, Sessle BJ. Neurobiological Mechanisms Involved in Sleep Bruxism. *Crit Rev Oral Biol Med* 2003; 14: 30-46.
21. Stahl S. Stahl' in Temel Psikofarmakolojisi. 4. baskı ed. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2015.
22. Wilson T, Tripp J. Buspirone. StatPearls [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2020.
23. Goa KL, Ward A. Buspirone. A preliminary review of its pharmacological properties and therapeutic efficacy as an anxiolytic. *Drugs* 1986; 32: 114-129.
24. Yüksel N. Psikofarmakoloji: Ada Basın; 2016. 355-6 p.
25. Çetin M, Tarhan N, Sürmeli A, Battal S, Gülçat Z, Tekeli G. Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tedavisinde Buspirone'un Etki ve Yan Etkilerinin Placebo İle Çift-Kör Karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri Journal of Case Reports* 1990; 8: 569-575.
26. Rickels K, Weisman K, Norstad N, Singer M, Stoltz D, Brown A, Danton J. Buspirone and diazepam in anxiety: a controlled study. *J Clin Psychiatry* 1982; 43: 81-86.
27. Fava M, Targum SD, Nierenberg AA, Bleicher LS, Carter TA, Wedel PC, Hen R, Gage FH, Barlow C. An exploratory study of combination buspirone and melatonin SR in major depressive disorder (MDD): a possible role for neurogenesis in drug discovery. *J Psychiatr Res* 2012; 46: 1553-1563.
28. Özen ME, Kalenderoğlu A, Çelik M, Örum MH, Hocaoglu Ç. Obsesif kompulsif bozukluk güçlendirme tedavisinde aripirazol, klomipramin ve buspironun etkinliği: Retrospektif bir araştırma. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019; 5: 1293-1302.
29. Sumiyoshi T, Park S, Jayathilake K, Roy A, Ertugrul A, Meltzer HY. Effect of buspirone, a serotonin1A partial agonist, on cognitive function in schizophrenia: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Schizophr Res* 2007; 95: 158-168.
30. Kranzler HR, Burleson JA, Del Boca FK, Babor TF, Korner P, Brown J, Bohn MJ. Buspirone treatment of anxious alcoholics. A placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 720-731.
31. Eren S, Arıkan H, Tamam C, Kasapoğlu Ç. Bruksizm ve Güncel Tedavi Yaklaşımları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2015; 24: 241-258.
32. Pascual J, Berciano J. An open trial of buspirone in migraine prophylaxis. Preliminary report. *Clin Neuropharmacol* 1991; 14: 245-250.
33. Lee ST, Park JH, Kim M. Efficacy of the 5-HT1A agonist, buspirone hydrochloride, in migraineurs with anxiety: a randomized, prospective, parallel group, double-blind, placebo-controlled study. *Headache* 2005; 45: 1004-1011.
34. Van Oudenhove L, Demyttenaere K, Tack J, Aziz Q. Central nervous system involvement in functional gastrointestinal disorders. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2004; 18: 663-680.
35. Tack J, Janssen P, Masaoka T, Farré R, Van Oudenhove L. Efficacy of buspirone, a fundus-relaxing drug, in patients with functional dyspepsia. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012; 10: 1239-1245.
36. Di Stefano M, Papathanasopoulos A, Blondeau K, Vos R, Boecxstaens V, Farré R, et al. Effect of buspirone, a 5-HT1A receptor agonist, on esophageal motility in healthy volunteers. *Dis Esophagus* 2012; 25: 470-476.
37. Chial HJ, Camilleri M, Ferber I, Delgado-Aros S, Burton D, McKinzie S, Zinsmeister AR. Effects of venlafaxine, buspirone, and placebo on colonic sensorimotor functions in healthy humans. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2003; 1: 211-218.
38. Milanlioglu A. Paroxetine-induced severe sleep bruxism successfully treated with buspirone. *Clinics (Sao Paulo)* 2012; 67: 191-192.
39. Albayrak Y, Ekinci O. Duloxetine-induced nocturnal bruxism resolved by buspirone: case report. *Clin Neuropharmacol* 2011; 34: 137-138.
40. Kuloglu M, Ekinci O, Caykoylu A. Venlafaxine-associated nocturnal bruxism in a depressive patient successfully treated with buspirone. *J Psychopharmacol* 2010; 24: 627-628.
41. Wise M. Citalopram-induced bruxism. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 182.
42. Jaffee MS, Bostwick JM. Buspirone as an antidote to venlafaxine-induced bruxism. *Psychosomatics* 2000; 41: 535-536.
43. Bostwick JM, Jaffee MS. Buspirone as an antidote to SSRI-induced bruxism in 4 cases. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 857-860.
44. Romanelli F, Adler DA, Bungay KM. Possible paroxetine-induced bruxism. *Ann Pharmacother* 1996; 30: 1246-1248.
45. Pavlovic ZM. Buspirone to improve compliance in venlafaxine-induced movement disorder. *Int J Neuropsychopharmacol* 2004; 7: 523-524.
46. Ak M, Gulsun M, Uzun O, Gumus HO. Bruxism associated with serotonin reuptake inhibitors: two cases. *J Clin Psychopharmacol* 2009; 29: 620-622.
47. Iskandar JW, Wood B, Ali R, Wood RL. Successful monitoring of fluoxetine-induced nocturnal bruxism: a case report. *J Clin Psychiatry* 2012; 73: 366.
48. Kazan D. Temporomandibular eklem bozukluğu olan hastalarda tükrük ve serum oksidatif stres ve inflamasyon markerlarının değerlendirilmesi [Uzmanlık Tezi]. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi; 2018.
49. Chang JP, Wu CC, Su KP. A case of venlafaxine-induced bruxism alleviated by duloxetine substitution. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2011; 35:307.
50. Örsel S. Depresyonda Tedavi: Genel İlkeler ve Kullanılan Antidepresan İlaçlar. *Klinik Psikiyatri* 2004; 7: 17-24.

Gözlenebilir kompulsiyonların eşlik etmediği obsesyonların bilişsel davranışçı terapi ile tedavisi

Cognitive behavioral treatment of obsessions without observable compulsions

Elif Üzümcü¹, Müjgan Inozu²

¹Araş. Gör., ²Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, Ankara, Türkiye
https://orcid.org/0000-0001-5064-2739-https://orcid.org/0000-0002-2212-7534

ÖZET

Salt obsesyonlar, doğrudan gözlenebilir bir kompulsiyon ile ilişkili olmayan, zihinde istem dışı beliren, yineleyici, çoğunlukla benliğe yabancı ve kabul edilemez nitelikte olan düşünce, imge ya da dürtülerden oluşmaktadır. Kompulsiyonların eşlik etmediği obsesyonlara sahip bireylerin çeşitli bastırma ve zihinsel kontrol stratejilerini kullandığı, ancak bu kontrol stratejilerinin obsesif düşüncelerin sıklığının ve yoğunluğunun artmasına neden olarak kısır bir döngü yarattığı; bu noktada müdahale yöntemlerinin farklılaşmasına ihtiyaç duyulduğu görülmektedir. Bu olgu sunumunda OKB tanısı ile izlenen ve gözlenebilir kompulsiyonların eşlik etmediği farklı içerikteki obsesyonlara sahip bir danışanın formülasyonu ve terapi süreci yer almaktadır. Terapi süreci, aşamalı maruz bırakma ile hatalı değerlendirmelere ilişkin bilişsel yeniden yapılandırma ve davranış deneylerini içeren bilişsel davranışçı psikoterapi uygulamalarından oluşmuştur. Terapi sürecinde düşünce-eylem kaynaşması, abartılmış tehdit, kontrol ihtiyacı ve belirsizliğe tahammülsüzlüğü içeren hatalı değerlendirmelere yönelik bilişsel ve davranışsal müdahalelerden yararlanılmıştır. 25 görüşmeden oluşan psikoterapi sürecinin sonunda danışanın istem dışı düşüncelerinin sıklığının belirgin biçimde azaldığı, düşüncelerin önemi ve kontrolüne ilişkin hatalı değerlendirmelerin gerçekçi düşünceler ile yer değiştirdiği, danışanın düşünceleri kontrol etme ve bastırma girişimlerinin ve OKB belirtilerinin azaldığı gözlenmiştir. Sonuç olarak; doğrudan gözlenebilir kompulsiyonların eşlik etmediği obsesyonların tedavisinde istem dışı düşüncelerin hatalı yorumlanması ve zihinsel kontrole yönelik hatalı değerlendirmelere ilişkin bilişsel müdahale tekniklerinin davranışçı teknikler ile birlikte uygulanmasının önem taşıdığı düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Obsesif Kompulsif Bozukluk, İstem Dışı Düşünceler, Bilişsel Davranışçı Terapi, Olgu Sunumu

SUMMARY

Pure obsessions consist of repeated intrusive thoughts, images or impulses that are not related to an overt compulsion, which are mostly ego-dystonic and regarded as unacceptable. Individuals with obsessions without overt compulsions use various suppression and mental control strategies, but these control strategies create a vicious circle by increasing the frequency and intensity of obsessive thoughts. Thus, efforts of different types of interventions are needed to be implemented for this special group. In this case report, the formulation and therapy process of a client who has been diagnosed with OCD and has different obsessions without observable compulsions is included. The therapy process consisted of cognitive behavioral psychotherapy practices including graded exposure and cognitive restructuring with behavioral experiments related to faulty appraisals. During the therapy process, cognitive and behavioral interventions were used to change faulty appraisals including thought-action fusion, exaggerated threat, need for control and intolerance to uncertainty. At the end of the psychotherapy process which consisted of 25 sessions, it was observed that the frequency of the client's intrusive thoughts decreased significantly, faulty appraisals regarding the importance and control of thoughts were replaced by realistic thoughts, and the attempts of the client to control and suppress thoughts and, also OCD symptoms decreased. As a result, in the treatment of obsessions without overt compulsions it is considered important to combine behavioral techniques with cognitive intervention techniques regarding faulty appraisals of intrusive thoughts and appraisals of mental control.

Key Words: Obsessive Compulsive Disorder, Intrusive Thoughts, Cognitive Behavioral Therapy, Case Study

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2021;24:257-264)

DOI: 10.5505/kpd.2020.30306

GİRİŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), kişide belirgin derecede sıkıntı yaratan ve işlevsellik kaybına yol açan, oldukça heterojen bir yapıya sahip olan obsesyon ve kompulsiyonlardan oluşan bir bozukluktur (1,2). OKB tanısı almış bireylerin yaklaşık %20'sinin gözlenebilir kompulsiyonların eşlik etmediği obsesyonlara sahip olduğu kaydedilmektedir (3). Salt (pure) obsesyonlar, doğrudan gözlenebilir bir kompulsiyon ile ilişkili olmayan, zihinde istem dışı beliren, yineleyici, çoğunlukla benliğe yabancı ve kabul edilemez nitelikte olan düşünce, imge ya da dürtülerden oluşmaktadır. Doğrudan gözlenebilen kompulsif davranışlar sergilememelerine rağmen bu bireylerin çoğunlukla kaçınma davranışı gösterdiği ya da zihinsel kontrol stratejilerini kullandığı belirtilmektedir (4).

İstem dışı düşünceler girici (intrusif) özelliktedir, kabul edilemez ve kontrol edilemez olarak değerlendirilirler. Kişi çoğunlukla ego-distonic (benliğe yabancı) olan bu düşünceleri yoğun bir bastırma çabası içindedir (5,6). Araştırmalar, istem dışı düşüncelerin yalnızca OKB'si olan kişilerde görülmediğini, genel popülasyonda herhangi bir klinik tanı almamış bireylerin %80-90'ında içerik olarak obsesyonlara çok benzeyen, istem dışı zorlayıcı düşüncelerin bulunduğunu ortaya koymaktadır (7,8,9). Normal istem dışı düşünceler ile OKB'li bireylerin sahip olduğu klinik obsesyonlar arasındaki fark düşüncelerin içeriğinde değil; düşünceye verilen önem ve istem dışı düşüncelerin hatalı bir biçimde yorumlanmasında yatmaktadır (10,11,12). OKB'nin bilişsel davranışçı modellerine göre (10,12,13,14) obsesyonların ortaya çıkarak devam etmelerinin altında yatan temel mekanizma istem dışı düşüncelerin ortaya çıkmasının tesadüfi olmadığına, bu düşüncelerin olası bir zarar, tehlike ya da tehdide işaret ettiğine ilişkin bilişsel değerlendirme sürecidir.

Obsesyonlara ilişkin geliştirilen bilişsel modeller incelendiğinde; Salkovskis'in modelinde (12) istem dışı düşüncelerin yorumlanmasında abartılmış sorumluluk algısı temelli değerlendirmelerin; Rachman'ın (14) modelinde ise düşüncenin kendisine atfedilen önemin ve düşüncenin felaketleştirici bir biçimde yorumlanmasının önemi vurgulanmaktadır. Wells'in (15) metakognitif modeli; düşüncenin kendisinden ziyade istem dışı düşüncenin anlamı ve sonuçlarına ilişkin üst-bilişsel inançların bu bozukluğun sürdürülmesinde rol oynadığını ileri sürmektedir. Benzer şekilde, Clark'ın (10) modeli düşüncenin kontrol edilmesine ilişkin işlevsel olmayan inançların ve başarısız kontrol çabalarına yönelik hatalı değerlendirmelerin düşüncenin patolojik obsesyonlara dönüşmesinde önemli olduğunun altını çizmektedir. Düşüncenin deneyimlenmesine ilişkin bu hatalı değerlendirmeler birincil değerlendirmeler (abartılmış sorumluluk/tehdit, düşünce-eylem kaynaşması vb.) olarak ele alınmaktadır. (10). Birincil değerlendirmeler çoğu zaman bireyin bu düşünceleri kontrol etmeye ve bastırmaya çalışması ya da düşüncelerden kaçınması ile sonuçlanmaktadır. Ancak zihni kontrol edebilmek için aşırı çaba göstermek ve düşüncenin bastırılması, tam tersine obsesyonun daha fazla belirginleşmesine, sıklığının ve yoğunluğunun artmasına neden olmaktadır (13,16,17). Bu sürecin ardından, düşünce kontrolünün başarısızlığına ilişkin değerlendirmeleri içeren ikincil değerlendirmeler ortaya çıkmakta ve bu değerlendirmeler de kaygı düzeyinin artmasında ve obsesyonların sürdürülmesinde önemli bir rol oynamaktadır (10).

OKB'nin tedavisinde bilişsel davranışçı terapinin etkililiği sayısız çalışma tarafından ortaya konmaktadır (18,19). Öte yandan, önceki yıllarda gerçekleştirilen çalışmalarda kompulsiyonların eşlik etmediği obsesyonların bilişsel davranışçı terapi açısından olumsuz bir seyre (prognosa) işaret

Tablo 1. Normal istem dışı düşünceler ile klinik obsesyonlar arasındaki temel farklılıklar (10)

Normal İstem Dışı Düşünce	Klinik Obsesyon
Daha az sıklıkta ortaya çıkar.	Daha sık ortaya çıkar.
Daha az sıkıntı yaratır.	Daha yoğun sıkıntı yaratır.
Düşük direnme	Yoğun bir biçimde direnme
Anlamsız görünme	Anlamlı olarak görünme
Daha az kontrol etme ihtiyacı	Kontrol ile ilişkili yüksek endişe
Düşük derecede suçluluk	Yüksek derecede suçluluk
Daha fazla algılanan kontrol	Daha az algılanan kontrol

ettiği ve bu tür obsesyonların tedaviye karşı dirençli olduğu görülmekteydi (20,21,22). Ancak Rachman (6) ve Clark (10) tarafından obsesyonların bilişsel davranışçı tedavisine ilişkin geliştirilen kapsamlı modeller ve kavramsallaştırmalar ile Wells'in (15) metakognitif modeli salt obsesyonların tedavisinde önemli rol oynamıştır. Son yıllarda gerçekleştirilen çalışmalar bilişsel yeniden yapılandırma, maruz bırakma ile tepki önleme, davranış deneyleri gibi teknikleri içeren bilişsel davranışçı terapinin salt obsesyonların tedavisinde etkili olduğuna işaret etmektedir (23). Bu olgu sunumunda OKB tanısı ile izlenen ve doğrudan gözlenebilen kompulsiyonların eşlik etmediği farklı içerikteki obsesyonlara sahip bir danışanın formülasyonu ve bilişsel davranışçı psikoterapi sürecine yer vermek amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

24 yaşında, evli, erkek danışan aklına istem dışı gelen, yoğun rahatsızlık yaratan, kontrol etmeye ve bastırmaya çalıştığı düşünceler nedeniyle terapiye başvurmuştur. Daha önce lise çağında din ile ilgili aklına gelen istem dışı ve rahatsız edici düşünceler nedeniyle psikiyatriste gittiği ve kendisine OKB tanısı konulduğu öğrenilen danışan o dönemde kısa süreli ilaç tedavisi gördüğünü ancak daha sonra ilacı kullanmayı bıraktığını ifade etmiştir. Son zamanlarda sıkıntılarının artmasının üzerine yeniden psikiyatrik tedaviye başlayan danışan aynı zamanda psikoterapiye başvurmuştur. Danışanın son dönemde istem dışı düşünceleri gün içinde yoğun bir biçimde deneyimlediği, bu düşünceler nedeniyle günlük hayatına devam etmekte, işlerine odaklanmakta ve uykuya dalmakta büyük güçlük çektiği öğrenilmiştir. Danışanın istem dışı düşünceleri genellikle var olup olmadığı, zihni ve yaşadığımız hayatın gerçekliği çevresinde şekillenmektedir. Danışanın oldukça rahatsız edici ve kabul edilemez olarak tanımladığı bu istem dışı düşünceleri bastırma çabasının oldukça yoğun olduğu, ancak bastırmaya çalıştıkça düşüncelerin daha yoğun bir biçimde geri geldiği ve kendisini daha fazla rahatsız ettiği öğrenilmiştir. Danışanın obsesyonlarına gözlenebilir bir kompulsiyon eşlik etmemektedir. Terapi sürecinin başlangıcından önce danışana bilgilendirilmiş onam formu verilerek terapi sürecine ilişkin verilerin araştırma ve eğitim amacıyla kullanılabileceğine yönelik yazılı ve

sözlü onay alınmış ve etik ilkelere uygun bir süreç gerçekleştirilmiştir. Her bir görüşme ortalama 50 dakika sürmüştür.

Danışanın annesi 65 yaşında ev hanımı, babası 70 yaşında emekli bir esnaftır. İki kardeşten en büyüğü olan danışanın bir erkek kardeşi bulunmaktadır. Babasını sert ve mesafeli biri olarak tanımlayan danışan yakın bir ilişkilerinin bulunmadığını ifade etmiştir. Kaygılı, titiz ve karamsar özelliklere sahip olduğu öğrenilen annenin danışan ile yakın bir ilişkisi bulunmaktadır. Danışanın bir yıl önce evlendiği, kendisini destekleyen ve sıkıntılarını paylaşabildiği bir eşinin olduğu öğrenilmiştir. Danışan belirtilerinin lise dönemlerine uzandığını, üniversite eğitimi sırasında ise şikâyetlerinin azaldığını aktarmıştır. Danışanın meslek hayatına başlaması ile birlikte son bir aydır istem dışı düşüncelerinin yoğunluğunun belirgin biçimde arttığı, günün büyük bölümünde bu düşüncelerle meşgul olan danışanın sosyal yaşamının ve mesleki başarısının etkilendiği, ardından psikiyatriste başvurduğu ve kendisine yeniden ilaç tedavisi başlandığı (Klomipramin 25 mg/gün) öğrenilmiştir. Danışanın terapi sürecinde (4. görüşmeden itibaren) ilaç kullanmak istememesi nedeniyle psikiyatristine danışarak ilaç kullanmayı bıraktığı görülmüştür.

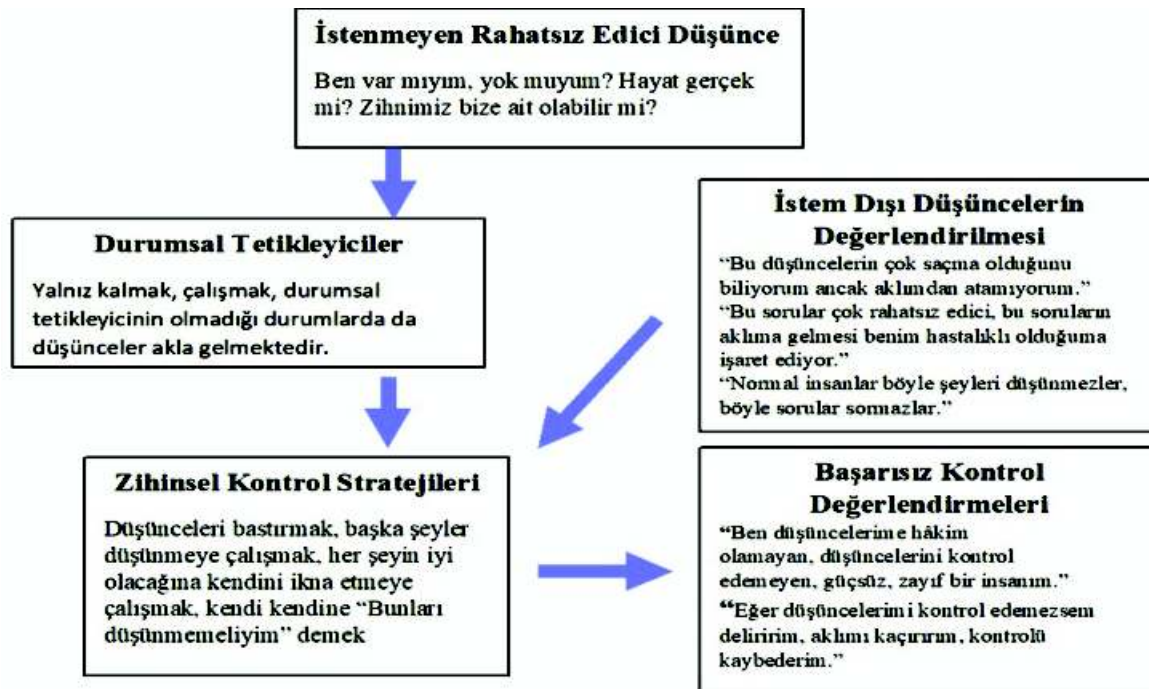
Yalnız kaldığında, çalıştığında ya da herhangi bir durumsal tetikleyicinin olmadığı durumlarda danışanın aklına istem dışı düşünceler gelmektedir. Danışan aklına gelen istem dışı düşünceleri “Bu sorular çok rahatsız edici. Bu soruların aklıma gelmesi benim hastalıklı olduğumu gösteriyor. Eğer bir anlamı olmasaydı, bu düşünceler tekrar tekrar aklıma gelmezdi. Normal insanlar böyle şeyleri düşünmezler. Aklıma bu tür düşünceler geldiği için kötü şeyler olacak, aklıma kaçıracağım, sağlığımı kaybedeceğim. Bu tür düşünceler asla aklıma gelmemeli, bu nedenle düşüncelerimi kontrol etmeliyim” şeklinde değerlendirdiği öğrenilmiştir. Bu tür hatalı değerlendirmeler ise düşünceleri bastırma ve kontrol etme çabası ile sonuçlanmaktadır. Danışan düşünceleri bastırmak, başka şeyler düşünmeye çalışmak gibi bir takım zihinsel kontrol stratejileri uygulamaktadır. Ancak düşünceleri kontrol etme çabası başarısızlıkla sonuçlanmakta, bastırma çabası düşüncenin akla daha sık gelmesine ve danışanın kaygı düzeyinin

artmasına neden olmaktadır. Bu durumun ardından ise başarısız kontrole ilişkin değerlendirmeler (ikincil değerlendirmeler) ortaya çıkmaktadır. Danışan düşüncelerini kontrol edememesine ilişkin birtakım değerlendirmeler yapmakta ve bu durumu “Ben düşüncelerine hâkim olamayan, güçsüz, zayıf, hastalıklı bir insanım, akıl sağlığı bozulmuş biriyim” şeklinde yorumlamaktadır. Bu tür değerlendirmeler kaygının daha çok artmasına ve algılanan kontrolün azalmasına neden olurken istem dışı düşüncelerin daha fazla akla gelmesine neden olmakta ve bir kısır döngü oluşturmaktadır.

Bilişsel davranışçı terapisinin başlangıcından önce ve terapisinin sonlanmasının ardından danışana terapist tarafından Uluslararası İstem Dışı Zihinde Beliren Düşünceler Görüşme Formu (UIDZBDGF) uygulanmıştır. Tedavinin başlangıcından önce alınan ön ölçümler incelendiğinde, danışanın Obsesif Kompulsif Envanteri-Revize Edilmiş Form’dan 30 puan, Obsesif İnanışlar Ölçeği’nden 179 puan ve Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21’den 51 puan aldığı görülmüştür. Her seansın sonunda danışandan UIDZBDGF’nin düşüncenin değerlendirilmesi, düşünce kontrol stratejileri ve kontrolde başarısızlığa ilişkin alt ölçekleri doldurması ve istem dışı düşüncelerin sıklığını değerlendirmesi istenmiştir.

Terapi Süreci

İlk görüşmede danışanın temel yakınmaları, yakınmalarının tarihçesi ve aile öyküsüne ilişkin bilgi toplandı. Danışanın istem dışı düşüncelerinin içeriği, sıklığı ve danışanın işlevselliğine olan etkisi değerlendirildi. Bunun yanı sıra, danışanın istem dışı düşüncelerine ilişkin değerlendirmeleri, düşünceleri kontrol etme ve bastırma stratejileri ele alındı. Danışanın düşünce kontrolüne ilişkin hatalı değerlendirmeleri ele alındı ve terapi hedefleri değerlendirildi. İkinci görüşmede istem dışı düşüncelerin özellikleri danışan ile birlikte ele alındı. Gün içinde binlerce düşüncenin aklımızdan geçtiği, bunların bir kısmının çok tuhaf içerikte olabileceği, pek çok kişinin aklına bu tür düşüncelerin geldiği danışana aktarıldı. Bunun ardından, istem dışı düşünceleri diğer düşüncelerden ayıran özelliğın düşünceye yüklenen anlam, düşünceye verilen aşırı önem ile düşünceleri kontrol etme ve bastırma çabası olduğu vurgulandı. Beyaz ayıyı düşünmeme uygulaması seans içinde kullanılarak düşünceleri kontrol etme ve bastırma çabasının tam tersi bir etki yaratarak düşüncenin daha sık bir biçimde zihinde belirmesine neden olduğu; bu nedenle düşüncelerin akla gelmesine izin vermenin önemi danışana aktarıldı. Olumsuz otomatik düşüncelere ilişkin düşünce kayıt formu danışana tanıtılarak ev ödevi olarak verildi.



Şekil 1. Vaka Formülasyonu

Üçüncü görüşmede vaka formülasyonu danışan ile paylaşıldı (Şekil 1), obsesyonlara ilişkin birincil ve ikincil değerlendirmeler danışana tanıtıldı; düşünce kontrolüne ilişkin değerlendirmeler gündem maddesi olarak ele alındı. Düşünceleri bastırma ve kontrol etme çabalarının istem dışı düşünceleri üzerindeki etkisi danışan ile birlikte ele alındı. Ev ödevi gözden geçirilerek düşünce kayıtlarında yer alan otomatik düşünceler ele alındı. Dördüncü ve beşinci görüşmede danışana “maruz bırakma ve tepki önleme” tanıtıldı ve kaygı yaratan düşünceler ile yüz yüze gelmenin terapinin en önemli bileşenlerinden biri olduğu aktarıldı, danışan ile birlikte aşamalı maruz bırakma hiyerarşisi oluşturuldu. Kaygı hiyerarşisinde danışanın saçının döküleceğine ilişkin düşünceleri daha az kaygı uyandırırken “İçinde yaşadığımız hayat gerçek mi? Gerçeklik nedir?” gibi istem dışı düşüncelerin orta düzeyde kaygı uyandırdığı, “Ben gerçekten var mıyım?” gibi istem dışı düşüncelerin ise yoğun düzeyde kaygı uyandırdığı görülmekteydi. Bu görüşmeler sırasında ev ödevi olarak düşünce kontrol ve bastırma stratejilerine yönelik kayıt tutması istenen danışanın düşünceleri bastırma çabasının yarattığı paradoksal etkinin farkına varmaya başladığı gözlemlendi.

Altıncı görüşmede danışana düşünce hataları tanıtıldı, danışanın aşırı genelleme, felaketleştirme, zorunluluk ifadeleri gibi düşünce hatalarını sık yaptığı görülmekteydi. Danışan gün içinde istem dışı düşüncelerin sık sık aklına gelmesi nedeniyle yapması gereken işleri aksattığını aktarması üzerine yaygın kaygı bozukluğunda kullanılan “Endişe Saati” uygulaması danışanın durumuna entegre edilerek “Düşünce Saati” uygulaması şeklinde revize edildi ve ev ödevi olarak belirlendi. Buna göre; her gün belirli bir saat aralığını bu düşüncelere ayırmasını ve istem dışı düşüncelerin aklına gelmesine tamamen izin vermesi gerektiği danışana aktarıldı. Bu uygulamanın amacı düşüncenin bastırılmasının önüne geçerek danışanın düşüncelerinin farkına varmasının sağlanması hem de düşüncelerin gelmesine izin verildiğinde düşüncenin gücünün zayıfladığının danışana gösterilmesidir. Altıncı görüşmede ilk maruz bırakma uygulaması gerçekleştirildi, “Saçım dökülecek, kel kalacağım” düşüncesine danışan maruz bırakıldı. Bu amaçla görüşmeye bir ayna ve bone getirildi, danışanın boneyi takması istenerek

kel kaldığını düşünmesi kolaylaştırıldı. Maruz bırakma uygulaması sırasında danışana bu düşünceyi aklına getirmesi ve hiçbir şekilde düşünceleri bastırmaya çalışmaması gerektiği söylendi. Uygulama sırasında danışanın kaygı seviyesinin 8/10 puandan 2/10 puana düştüğü gözlemlendi. Danışanın bu düşünceye alıştığı, alışması ile birlikte düşüncenin yarattığı kaygı düzeyinin düştüğü ve düşüncenin önemsiz hale geldiği görüldü. Yedinci görüşmede de “Alınım kırışacak” düşüncesine yönelik maruz bırakma uygulamalarına devam edildi. Maruz bırakma uygulamalarının ardından düşüncelere verilen önem ve düşüncenin anlamı danışan ile birlikte bilişsel yeniden yapılandırıldı. Hafta boyunca ev ödevi olarak aynaya bakarak düşüncelerin aklına gelmesine izin veren danışanın bu tür düşüncelerin aklına gelme sıklığının belirgin bir biçimde azaldığı ve kaygı seviyesinin düştüğü dikkat çekmekteydi.

8. ve 9. görüşmeler sırasında danışana obsesyonlardaki hatalı değerlendirmelere ilişkin okuma materyali verildi ve danışan ile birlikte hatalı değerlendirmeler örnekler ile birlikte ele alındı. Daha sonrasında, düşüncelere fazla önem atfedilmesine ilişkin bir ödev olan “Dikkatli Günler Görevi” danışana açıklandı (24). Bu ev ödevinde danışanın gün aşırı obsesyonlarına dikkat etmesi ve sıklığını, ilişkili kaygıyı ve herhangi bir diğer sonucu kaydetmesi, kalan günlerde ise obsesyonun sanki önemsiz bir düşünceymiş gibi geçip gitmesine izin vermesi istendi. Bu ev ödevinin amacı dikkatli günler ve diğer günler arasındaki düşüncelerin akla gelme sıklığı ve kaygı düzeyleri arasındaki farkı incelemek ve karşılaştırmaktı. Ev ödevi üzerine tartışıldığında danışanın dikkatli günlerde kaygı seviyesinin yüksek olduğu, bastırmaya çalıştıkça daha çok düşündüğü; düşünceleri önemsemediği günlerde ise düşüncelerin akla gelme sıklığı ve kaygı düzeyinin düşük olduğu görülmekteydi. 10. ve 11. görüşmede danışanın düşünce kontrolüne ilişkin birincil ve ikincil değerlendirmeleri ele alındı. İstenmeden zihne giren düşünceyi (obsesyon) bu düşüncenin kişisel anlamından (değerlendirme) ayırmanın önemi vurgulandı ve bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri uygulandı. Danışanın bu görüşmeler sırasında düşüncelere izin vermenin yarattığı kaygıya rağmen orada durabilmeye ve kaygının geçip gitmesine izin vermeye başladığı görülmekteydi.

Tablo 2. Olgunun Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler

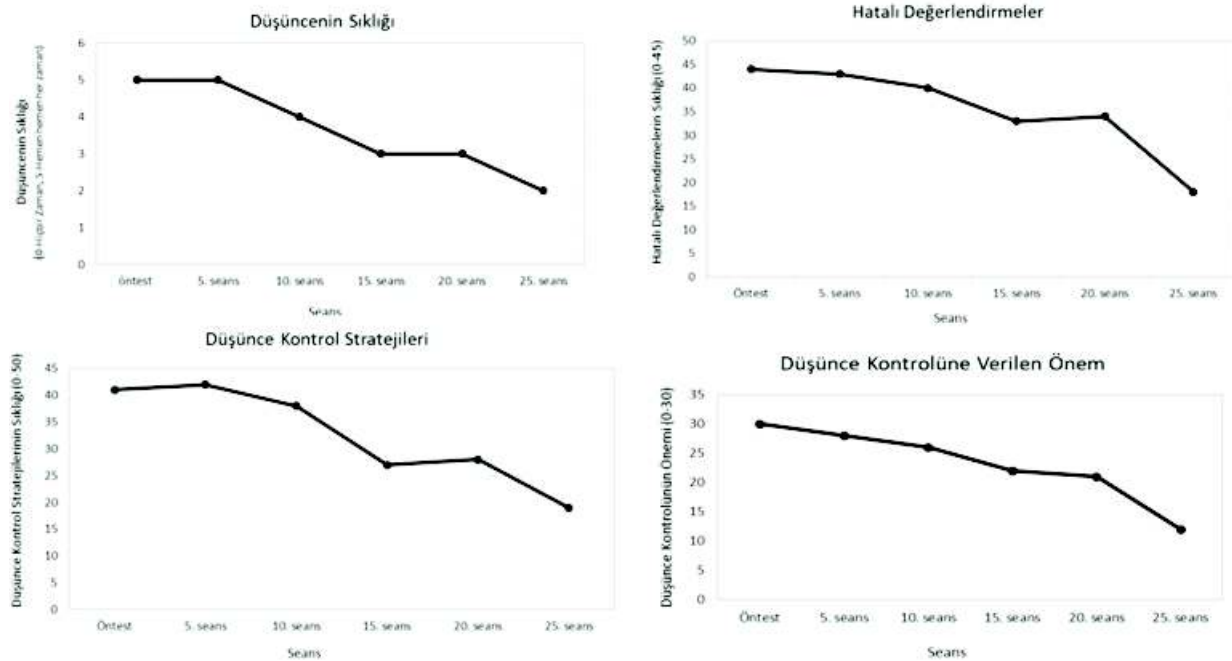
Uygulanan Ölçekler	Terapi Öncesi (Ön Ölçüm)	Terapi Sonrası (Son Ölçüm)
Obsesif Kompulsif Envanteri-Revize Edilmiş Form (OKE) Toplam	30	18
Bulaşma	7	3
Obsesyon	11	5
Biriktirme	3	3
Düzen	4	3
Kontrol	5	3
Nötralizasyon	2	1
Obsesif İnanışlar Ölçeği (OİÖ) Toplam	179	79
Düşüncelerin Önemi/Kontrolü	49	16
Sorumluluk/Tehdit Algısı	60	19
Mükemmeliyetçilik/Kesinlik	70	44
Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-21) Toplam	51	31
Anksiyete	17	10
Depresyon	19	9
Stres	15	12

12. görüşmeden itibaren danışanın kendini daha iyi hissetmeye başladığı gözlemlendi. Danışan istem dışı düşüncelerin aklına gelmesinin gayet normal olduğunu; yalnızca bu düşüncelere yüklediği anlamın önemli olduğunu ifade etmekteydi. Bu sırada danışan istem dışı düşüncelerin akla geliş sıklığının azaldığını, bu düşüncelerin aklına gelmesinin kendisini eskisi kadar rahatsız etmediğini aktarmaktaydı. İlerleyen görüşmelerde danışanın kaygı nedeniyle kalp krizi geçireceğine, ileride aklını kaçıracığına yönelik düşünceleri ele alındı. Bu görüşmeler sırasında kaygıya yüklenen anlamı değiştirmeye, kaygının doğası ve işlevlerine odaklanıldı. Kişinin kaygılanmasına rağmen orada durabilmesinin önemi vurgulandı. “Kaygılanmak kötü bir şeydir ve kaygı giderek artacaktır”

düşüncesinin yerine “Kaygının önemli işlevleri bulunan bir duygu olduğu ve sonsuza kadar artmasının mümkün olmadığı; kaygının kişinin kendisi için önemli olan davranışları gerçekleştirmesine engel olmadığı” düşünceleri ele alındı.

Sonraki görüşmelerde, hayatın gerçek olup olmadığına ve var olup olmadığına ilişkin istem dışı düşüncelere yönelik maruz bırakma uygulamaları gerçekleştirildi. Danışanın görüşmeler sırasında bu düşünceleri aklına getirmesine izin vermesi, hafta içinde de ev ödevleri ile maruz bırakma uygulamalarına devam etmesi sağlandı. Danışan bu düşüncelere giderek alıştığını ve artık bu

Şekil 2. İstem dışı düşüncelerin, istem dışı düşüncelere dair hatalı değerlendirmelerin ve düşünce kontrol stratejilerinin sıklığı ile düşünceleri kontrol etmeye verilen öneme ilişkin danışandan alınan tekrarlı ölçümler



düşünceler nedeniyle eskisi kadar kaygılanmadığını ifade etmiştir. Maruz bırakma uygulamalarının ardından istem dışı düşüncelerinin sıklığının belirgin bir biçimde azaldığı gözlemlendi. Son görüşmelerde nüksün önlenmesinin yolları, eski başa çıkma stratejilerinden uzak durmanın ve kazanılan yeni baş etme stratejilerini pekiştirmenin önemi gibi çeşitli noktalar gündeme alındı ve terapi süreci sonlandırıldı.

Terapinin başlangıcında alınan ön ölçümler ile terapinin sonlanmasının ardından alınan son ölçümler karşılaştırıldığında danışanın OKB belirtilerinde, obsesif inanışlarında ve depresyon, anksiyete ve stres belirtilerinde düşüş olduğunu görülmektedir (Tablo 2). Bunların yanı sıra, terapi sürecinde alınan haftalık ölçümler incelendiğinde; danışanın istem dışı düşüncelerinin sıklığının, istem dışı düşüncelere ilişkin hatalı değerlendirmelerin ve düşünce kontrol stratejilerinin sıklığının ve düşünce kontrolüne verilen önemin süreç boyunca azaldığı görülmektedir (bkz. Şekil 1). Hatalı değerlendirmeler ile düşünce kontrol stratejilerindeki azalmanın daha yavaş bir seyir gösterdiği, öte yandan ön ölçüm ve son ölçüm sonuçları karşılaştırıldığında; tüm değişkenler açısından belirgin bir azalma olduğu göze çarpmaktadır.

TARTIŞMA

Bu olgu sunumunda gözlenebilir kompulsiyonların eşlik etmediği farklı içerikteki obsesyonlara sahip düşünceleri bastırma ve kaçınma çabasının yoğun olduğu bir danışanın bilişsel davranışçı terapi süreci ele alınmıştır. 25 görüşmeden oluşan bilişsel davranışçı terapi sürecinin sonucunda danışanın obsesif kompulsif belirtilerinin, istem dışı düşüncelerinin sıklığının ve yoğunluğunun, istem dışı düşüncelere ilişkin hatalı değerlendirmelerinin sıklığının azaldığı ve kaygıya toleransının arttığı gözlenmiştir.

Alan yazındaki güncel tartışmalar gözlenebilir kompulsiyonların eşlik etmediği olguların çoğunun zihinsel kompulsiyonlara sahip olduğuna, bu nedenle bu rahatsızlıkların “salt” obsesyon olarak adlandırılmasının uygun olmadığına dikkat çekmektedir (25). Bu tür obsesyonlara eşlik eden zihinsel ritüellerin ve düşünce kontrol stratejilerinin gözlenebilir kompulsiyonlar ile aynı görevi gördüğü belirtilmektedir. Önceki yıllardaki

çalışmalar gözlenebilir kompulsiyonların eşlik etmediği obsesyonların bilişsel davranışçı terapiye, özellikle de davranışçı tekniklere karşı dirençli olduğuna işaret etmekteydi (26,27). Son yıllarda geliştirilen bilişsel davranışçı modeller; obsesyonların tedavisinde zihinsel uğraşların, kaçınmaların, düşünce kontrolü ve bastırma çabaları ile istem dışı düşüncelere ilişkin hatalı değerlendirmelerin göz önünde bulundurulması gerektiğini öne sürmektedir (10,16). Salt obsesyonların bilişsel davranışçı tedavisine ilişkin gerçekleştirilen kısıtlı sayıdaki çalışmalar (3,23) ve vaka çalışmaları (28) obsesyonların tedavisinde bilişsel ve davranışçı tekniklerin etkili olduğuna işaret etmektedir. Son yıllarda gerçekleştirilen çalışmalar metakognitif inanç değişikliğini gerçekleştirmeye yönelik teknikleri, sosyalizasyon, mesafe koyma aracılığıyla sağlanan farkındalık gibi teknikleri içeren metakognitif terapinin de obsesyonların tedavisinde etkili olduğunu ortaya koymaktadır (29).

Gözlenebilir kompulsiyonların eşlik etmediği obsesyonlara özgü klinik özelliklerinin sunulması ve bilişsel davranışçı teknikler ile tedavisinin ele alınması açısından bu olgu sunumunun alan yazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Öte yandan, mevcut olgu sunumu tek bir danışan ile gerçekleştirilmesi, çalışmada danışandan alınan ölçümler öz bildirim ölçeklerine dayanması, araştırmayı gerçekleştiren kişinin aynı zamanda terapist olması gibi bir takım sınırlılıkları bulunmaktadır. Gözlenebilir kompulsiyonların eşlik etmediği obsesyonların tedavisinde bilişsel davranışçı terapinin etkililiğine ilişkin gerçekleştirilecek, geniş bir örneklemin ve uygun kontrol gruplarının yer aldığı kontrollü klinik çalışmalara ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.

Yazışma Adresi: Araş. Gör. Elif Üzümcü Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, Ankara, Türkiye
elif.uzumcu@hacettepe.edu.tr

*Bu çalışma Prof. Dr. Mujgan Inozu danışmanlığında Hacettepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Doktora Programı öğrencisi Ars. Gör. Elif Uzumcu'nun yürutmekte olduğu “Üniversite Öğrencilerinde Bulasma Kirlenme Kaygısının Azaltılmasında Maruz Bırakma Tekniklerinin Rolü” isimli doktora tez çalışmasının bir parçasıdır.

KAYNAKLAR

1. Rasmussen SA, Eisen JL. Clinical features and phenomenology of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr. Ann* 1989; 19:67-73.
2. Tükel R, Polat A, Özdemir Ö, Aksüt D, Türksöy N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2002; 43:204-209.
3. Freeston MH, Ladouceur, R. What do patients do with their obsessive thoughts?. *Behav Res Ther* 1997; 35:335-348.
4. Clark DA, Guyitt BD. Pure obsessions: Conceptual misnomer or clinical anomaly?. In *Obsessive-Compulsive Disorder: Subtypes and Spectrum Conditions*. Edited by Abramowitz JS, McKay D, Taylor S. New York, Elsevier, 2011, pp.53-75.
5. Purdon C, Clark DA. *Overcoming obsessive thoughts: How to gain control of your OCD*. Oakland, CA, New Harbinger Publications, 2005, pp.13-33.
6. Rachman S. A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behav Res Ther* 1998; 36:385-401.
7. Clark DA, de Silva P. The nature of depressive and anxious, intrusive thoughts: Distinct or uniform phenomena?. *Behav Res Ther* 1985; 23:383-393.
8. Purdon C, Clark DA. Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behav Res Ther* 1993; 31:713-720.
9. Clark DA, Abramowitz J, Alcolado GM, Alonso P, Belloch A, Bouvard M, ... Ghisi M. Part 3. A question of perspective: The association between intrusive thoughts and obsessiveness in 11 countries. *J Obsessive Compuls Relat Disord* 2014; 3:292-299.
10. Clark DA. *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York, NY, Guilford Press, 2004, pp.24-134.
11. Rachman S, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther* 1978; 16:233-248.
12. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behav Res Ther* 1985; 23:571-583.
13. Salkovskis, PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther* 1989; 27:677-682.
14. Rachman S. Obsessions, responsibility and guilt. *Behav Res Ther* 1993; 31:149-154.
15. Wells, A. *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK, Wiley, 2000, pp.179-185.
16. Rachman S. A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behav Res Ther* 1998; 36:385-401.
17. Wells, A., Davies, M. I. The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behav Res Ther* 1994; 32: 871-878.
18. Olatunji BO, Davis ML, Powers MB, Smits JA. Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *J Psychiatr Res* 2013; 47:33-41.
19. Franklin ME, Foa EB. Cognitive behavioral treatments for obsessive compulsive disorder. In *A guide to treatments that work*. Edited by Nathan PE, Gorman JM. New York, Oxford University Press, 2007, pp.431-446.
20. Lee HJ, Kwon SM. Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behav Res Ther* 2003; 41:11-29.
21. Jenike MA. Obsessive-compulsive disorder: Efficacy of specific treatments as assessed by controlled trials. *Psychopharmacol Bull* 1996; 29:487-499.
22. O'Connor K, Freeston MH, Gareau D, Careau Y, Dufour MJ, Aardema F, Todorov C. Group versus individual treatment in obsessions without compulsions. *Clin Psychol Psychother* 2005; 12:87-96.
23. Whittal ML, Woody SR, McLean PD, Rachman SJ, Robichaud M. Treatment of obsessions: A randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2010; 48:295-303.
24. Clark, D. A. *The anxious thoughts workbook: Skills to overcome the unwanted intrusive thoughts that drive anxiety, obsessions, and depression*. Oakland, CA, New Harbinger Publications, 2018, pp.100-150.
25. Williams MT, Farris SG, Turkheimer E, Pinto A, Ozanick K, Franklin ME, ... Foa EB. Myth of the pure obsessional type in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 2011; 28:495-500.
26. Greist JH. Treatment of obsessive compulsive disorder: psychotherapies, drugs, and other somatic treatment. *J Clin Psychiatry* 1990; 51:44-50.
27. Salkovskis PM, Westbrook D. Behaviour therapy and obsessional ruminations: can failure be turned into success?. *Behav Res Ther* 1989; 27:149-160.
28. Abramowitz JS. Treatment of obsessive thoughts and cognitive rituals using exposure and response prevention: A case study. *Clin Case Stud* 2002; 1:6-24.
29. Fisher, P. L. Wells, A. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2008; 39: 117-132.

Borderline kişilik bozukluğunda oto-vampirizm: Olgu sunumu

Auto-vampirism in borderline personality disorder: A case report

Aslı Kazğan¹, Sevdiler Yıldız², Sevdiler Korkmaz³, Murad Atmaca⁴

¹Uz. Dr., Siverek Devlet Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Şanlıurfa, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-0312-0476>

²Uz. Dr., Tunceli Devlet Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Tunceli, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-9951-9093>

³Doç. Dr., ⁴Prof. Dr., Fırat Üniversitesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye

<https://orcid.org/0000-0002-0005-8232> <https://orcid.org/0000-0003-2772-4124>

ÖZET

Oto-vampirizm kişinin kendi kanını içtiği nadir görülen bir davranış bozukluğudur. Daha çok şizofreni gibi psikotik bozukluklarda karşımıza çıkan bu dikkat çekici semptom nadir de olsa başka psikiyatrik hastalıklarda da görülebilir. Kişilik bozuklukları da bu hastalıklardandır. Borderline kişilik bozukluğu, ağırlıklı olarak kişiler arası ilişkilerdeki ve duygudurumdaki dengesizlik, intihar davranışı, benlik karmaşası ve dürtüsellik ile seyreden bir kişilik bozukluğudur. Dürtüsellik borderline kişilik bozukluğunun tanı kriterlerinden birisidir. Yazımızda self mutilasyon ve sonrasında kan emme davranışı şikayetleriyle tarafımıza başvuran, oto-vampirizmin eşlik ettiği borderline kişilik bozukluğu tanısı alan ve psikoterapi ve psikofarmakolojik tedavi yöntemleriyle klinik seyrinde düzelme saptanan olgudan bahsetmeyi amaçladık.

Anahtar Sözcükler: Borderline kişilik bozukluğu, oto-vampirizm, self mutilasyon

SUMMARY

Auto-vampirism is a rare behavioral disorder in which a person sucks her/his own blood. The remarkable finding occurring in psychotic disorders such as schizophrenia but it can be seen in other psychiatric diseases. Personality disorders are also one of these diseases. Borderline personality disorder is a personality disorder characterized by imbalance in interpersonal relationships and mood, suicidal behavior, self-confusion and impulsivity. Impulsivity is one of the diagnostic criteria of borderline personality disorder. In this article we aimed to mention a patient, applying to us with complaints of self mutilation and after giving pleasurable blood sucking behaviour, diagnosed with borderline personality disorder accompanied by auto-vampirism and improvement in her clinical course with psychotherapy and psychopharmacological treatment method.

Key Words: Borderline personality disorder, auto-vampirism, self mutilation

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2021;24:265-269)

DOI: 10.5505/kpd.2020.79095

GİRİŞ

Kendine zarar verme davranışı (self mutilasyon), tekrarlayıcı, isteyerek ve amaçlı olarak yapılan, doku hasarı ile sonuçlanan, kişinin kendi bedenine yönelik uyguladığı zarar verici girişim olarak tanımlanmıştır (1). Zarar verici davranışlar basit tıbbi müdahale gerektirmeyen türden olabileceği gibi, ağır ve tehlikeli yaralanmalar şeklinde de görülebilir. Bu davranış şekillerinden biri olan oto-vampirizm, kişinin kendini kasıtlı olarak yaralaması sonrasında kan emmesi ya da yutmasından tatmin olması olarak tanımlanmaktadır (2). Literatürde oto-vampirizm daha çok psikotik hastalarda ve mental retardasyonu olan hastalarda olgu sunumları olarak bildirilmiştir (3,4).

Borderline kişilik bozukluğu kişilerarası ilişkilerde, benlik algısında ve duygulanımda tutarsızlık ve belirgin dürtüsellik olduğu sürekli bir örüntü olarak tanımlanmaktadır. Bu kişiler yoğun öfke patlamaları ve dürtü kontrol sorunları yaşayabilir, başka insanlarla etkileşimde aşırı yüceltme ya da değersizleştirme arasında gidip gelen, değişken, kararsız ve tutarsız kişilerarası ilişkiler kurabilirler. Alkol-madde kullanımı, riskli cinsel davranışlar, aşırı para harcama, yeme bozukluğu, kendine ve/veya başkalarına zarar verme davranışları gibi kendini gösterebilen dürtüsellik, borderline kişilik bozukluğunun tanı ölçütlerinden birisidir (5).

Araştırmalarımızda borderline kişilik bozukluğuna oto-vampirizm bulgularının eşlik ettiği bir olguya rastlayamadık. Bu nedenle yazımızda oto-vampirizmi olan borderline kişilik bozukluğu tanımlı bir hastadan bahsederek literatüre katkıda bulunabileceğimizi umuyoruz.

OLGU SUNUMU

20 yaşında, kadın hasta depresif duygudurum, zevk alamama, çabuk sinirlenme, kendine zarar verme isteği gibi şikayetlerle polikliniğimize başvurdu. Daha önce psikiyatrik tedavi öyküsü olmayan hasta, yaklaşık 3 yıldır yaşadığı her duygusal acıdan sonra kol, ön kol, el, el parmakları gibi ellerinin ulaşabileceği vücut bölgelerinde bıçakla yüzeysel kesiler oluşturmaktaydı. Kesiler sonrası fiziksel acıyla birlikte rahatlama hissettiğini, akan kanı izle-

mekten mutluluk duyduğunu ifade ediyordu. Sonrasında hastanın kendi kanını doyunluk hissi oluşana kadar içtiği, aldığı hazzı devam ettirmek için aynı bölgelerde yeni kesiler oluşturduğu öğrenildi. Hastanın her kendine zarar verme davranışı kanını içmekle sonuçlanıyordu. Hasta mevcut skar izlerini gizleme eğilimindeydi. Başkasının kanını, herhangi bir hayvanın kanını veya menstrual kanını içmeyen hastanın ayrıca başkalarının kollarına ilgisi (başka kişilerin kollarında da kesiler oluşturup kan emme isteği) ve kan emmeyle ilgili fantezileri (çıplak ten gördüğünde kan içme isteğinin kabarması ve başka vücut bölgelerinden de kan emmeyle ilgili hayalleri) mevcuttu.

Hastanın aile bireyleri ve arkadaşları ile iyi-kötü arasında değişen gergin ve tutarsız ilişkileri mevcuttu. Hasta çoğu kez kendisini nedensiz şekilde öfkeli ve mutsuz hissediyor, düşünmeden riskli davranışlarda bulunuyordu. Hayatı anlamsız bulmakta, erkek cinsiyete karşı agresif tutumlar sergilemekte ve şiddetli bir öfke beslemekteydi. Hasta babası tarafından sıklıkla fiziksel ve sözel şiddete maruz kalıyordu. Çekingen kişilik özelliklerine sahip ‘cahil ama iyi niyetli’ annesini hem çok sevdiğini ifade ediyor hem de edilgen tutumları nedeniyle annesinden nefret ediyordu. Aile yaşamlarında da huzursuz olduğunu belirten hasta babasının annesini, kendisini ve daha az sıklıkla da kız kardeşini dövdüğünü, sık sık babasıyla tartıştığını ve kendine zarar verme davranışlarının genellikle bu olaylardan sonra gerçekleştiğini ifade ediyordu. Hasta tartışmalar sonucunda anne ve babasının kız kardeşinin daha küçük olması nedeniyle her zaman onu haklı bulduklarından, kendisini ‘öfkeli ve dengesiz’ olarak nitelendirdiklerinden, babasının kendisine karşı daha sert ve kısıtlayıcı tutumda bulunduğundan, bu nedenlerle aile bireylerine içten içe öfke, kız kardeşine ise ağırlıklı olarak kıskançlık beslediğinden bahsediyordu.

Özgeçmişinde alkol ve madde kullanımı, kafa travması öyküsü yoktu. Çocukluk döneminde cinsel istismar (13 yaşındayken 42 yaşındaki erkek apartman komşusu tarafından) ve fiziksel istismar ve duygusal ihmal yaşadığı ayrıca tekrarlayan impulsif özkiyım girişimlerinin olduğu öğrenildi.

Soygeçmişinde hastanın 16 yaşında 1 kız kardeşi mevcuttu, öğrenciydi. Annesi 40 yaşında, okur yazar ve ev hanımı iken babası 48 yaşında, ortaokul mezunu ve inşaat işçisiydi. Anne baba görücü usulü ile evlenmişti ve aralarında akrabalık yoktu. Ailede ruhsal ve nörolojik başka bir hastalık öyküsü mevcut değildi.

Hastanın yapılan fizik muayenesinde her iki ön kol, sol el palmar bölgesinde, farklı boyutlarda, kesici alet yaralanması ile uyumlu skar izleri mevcuttu (Resim1). Nörolojik muayene ve diğer sistem muayenelerinde patolojik bulgu saptanmadı. Tam kan, biyokimya, hormon tetkikleri ve kranial manyetik rezonans görüntülemesi normaldi.

Ruhsal durum muayenesinde hasta; kendine bakımı iyi, görünümü yaşı ile uyumlu, göz teması kuran ve görüşmeye istekli olarak değerlendirildi. Bilinç açık, koopere, oryante, algılamada patolojik bulgu saptanmadı. Bellek, zeka düzeyi normaldi. Soyut düşünce yetisi, gerçeği değerlendirme yetisi, yargılaması tamdı. Affektinin duygudurumu ile uygun olduğu, duygudurumunun ise çökkün olduğu gözlemlendi. Konuşma hızı ve biçimi olağandı. Düşünce içeriğinde durumu, yaşadıkları ve ailesi ile ilgili, başkalarını suçlayıcı şekilde, depresif duygulanıma ve öfkeye neden olabilecek temalar dikkat çekiyordu. Uygulanan Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri, borderline kişilik özellikleri ile uyumlu olarak değerlendirildi. SCL-90 (Symptom Check List) testinin tüm alt ölçek puanları yüksek çıkan hastanın, cümle tamamlama testinde karamsarlık, intikam, mutsuzluk, yalnızlık, şüphencilik ve düşmancıl tavırlar dikkat çekiyordu.

Uygulanan Beck Depresyon Ölçeği puanı 28 ve Beck Anksiyete Ölçeği puanı 19 olarak bulundu. Hastaya DSM-5 Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği, SCID-I ve SCID-II 'ye göre borderline kişilik bozukluğu ve depresif bozukluk tanıları konuldu. Hastaya sertralin 100 mg/gün ve risperidon 1mg/gün tedavisi başlandı. Sertralin tedricen 200 mg/gün'e, risperidon tedricen 3 mg/gün'e arttırıldı. Medikal tedavi ile birlikte hastaya haftada bir kez olmak üzere bilişsel ve davranışsal terapi teknikleri uygulandı. Sağlıklı bir terapötik ilişki sağlanan hastaya terapi sürecinde kendine zarar verme davranışlarının nedenleri, sürdürücü faktörleri, hastalığın seyir ve prognozuna ilişkin psikoeğitim verildi. Tedavinin üçüncü ayında depresif duygudurumda, kendine zarar verme ve kan içme davranışlarında azalma ve depresyon ve anksiyete skorlarında ölçek puanlarına göre kısmi yanıt gözlemlendi.

TARTIŞMA

Self mutilasyon psikiyatrik vakalarda sık görülse de oto-vampirizm nadir rastlanan bir durumdur. Oto-vampirizm literatürde şizofreni, mental retardasyon, postravmatik stres bozukluğu ve beyin hasarı gibi bazı hastalıkları olan bireylerde olgu sunumları şeklinde bildirilmiştir (3-6). Halevy ve ark. 1989 yılında anemi nedeni olarak oto-vampirizmi göstermişler, Jaffé ve ark. 1994 yılında vampirizm ile antisosyal kişilik bozukluğu arasında ilişki olduğunu ifade eden bir çalışma yayınlamışlardır (7,8). Antisosyal kişilik bozukluğu olan kişilerde dürtü kontrol bozuklukları, empati eksikliği ve kurallara uymama gibi sorunlar görülür. Benzer



Resim1

şekilde borderline kişilik bozukluğunda da dürtü kontrol bozuklukları sık görülmektedir (9).

Borderline hastalar özkıym niyeti olmadan çeşitli düzeylerde self mutilatif davranışlar sergileyebilir ve bununla birlikte bu davranışlar genellikle ölüme yol açmayacak şekilde kendini cezalandırma davranışları veya karışık duygulardan kurtulma amacıyla kendine yardım etme davranışları olarak açıklanabilir (11). Leibenluft ve ark. 'ları, bu davranışın kişiye dayanılmaz gelen duygular üzerinde kontrol hissi yaratmaya yaradığını ve bu hissin kişinin kendisine yönlendirdiği bir öfke olabileceğini ifade etmişlerdir (12). Kişide öfke ve yetersizlik duyguları temelinde kendine zarar verme davranışı "önemli kişiden öç alma" olarak da kabul edilmektedir (13). Psikodinamik görüşte kendine zarar verme davranışının doğrudan doğruya sadistik ve mazoistik bir haz verdiğinden bahsedilir (14). Fakat davranış örüntülerinin arasında kendi kanını emme çok nadir görülen bir durumdur.

Borderline hastalarda cinsel tacizin ve ihmalin kendini yaralama davranışında önemli bir rol oynadığı bilinmektedir (13). Bildirilen vakalarda kendine zarar verme davranışının yüksek stres zamanlarında ortaya çıktığı, kişilerin bunu yalnız kaldıklarında denedikleri ve yara izlerini saklama eğiliminde oldukları gözlenmektedir. (15). Olgumuzun klinik ve özgeçmiş özellikleri bu verileri desteklemektedir.

Kendine zarar verme davranışı tedavisinde güvene dayalı bir ilişki kurulması en önemli unsurdur. Psikoterapi ve psikofarmakolojik tedavilerin birlikte uygulanmasının daha fazla yarar sağladığı saptanmıştır. Her ne kadar bu davranış için uygulanan spesifik ilaç tedavisi bulunmasa da dopamin D1 antagonistleri ve serotonin geri alım inhibitörlerinin etkili olduğu bildirilmektedir (16, 17). Tedavide hastaya, risperidon ve sertraline ek olarak bilişsel davranışsal terapi kapsamında bilişsel yeniden yapılandırma, nefes ve gevşeme egzersizleri uygulanmıştır. Görüşmeler hastanın temel semptomu olan kendine zarar verme ve kan emme davranışı üzerinden planlanmıştır. Bu davranışlar hastanın rahatlamasına yardımcı olduğu için, aynı sonucu sağlayan sağlıklı başka yöntemler hastaya

sunulmuştur. Her görüşmede hasta ile gündem başlıkları belirlenip, hastanın yaşadığı aile içi problemlerin üzerinden hastanın düşüncelerine verdiği tepkiyi fark etmesi sağlanmaya çalışılmıştır. Böylelikle hastada daha esnek ve alternatif düşünme biçimi oluşması amaçlanmıştır.

Olgumuzda borderline kişilik bozukluğu olan bir hastada hastalığın klinik semptomlarına eşlik eden oto-vampirizm bulgularından bahsedilmiştir. Hasta ile işbirliği içerisinde, bazı bilişsel ve davranışsal yöntemler eşliğinde psikoterapotik müdahalelerde bulunulmuş, ilaç tedavisi başlanmıştır. Hastanın daha sonraki kontrollerinde haz alma ve rahatlamaya yönelik yapmış olduğu bu self mutilatif davranışların azaldığı, şikayetlerinin eskisi kadar yoğun olmadığı gözlenmiştir. Bu olguda gördüğümüz negatif duygularla baş etmede tatmin edici yöntem olarak kullanılan kan emme davranışının tedavisinde duygusal algıları ve dürtüleri düzenlemek ve ihtiyaç duyulan daha sağlıklı yöntemleri kişiye öğretmek gerekmektedir. Bu olgu dürtüsel davranışların çok farklı boyutlarda karşımıza gelebileceğini göstermekte olup hekimlerin anamnez alırken ve fizik muayene yaparken daha dikkatli olması gerektiğini hatırlatmaktadır.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr. Aslı Kazgan Siverek Devlet Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Şanlıurfa, Türkiye
dr.kazgan@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Aksoy A, Ögel K. Kendine zarar verme davranışı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003;4:226-236.
2. McCully R. Vampirism: historical perspective and underlying process in relation to a case of auto-vampirism. *J Nerv Ment Dis* 1964;139:440-452.
3. Benezech M, Bourgeois M, Boukhabza C. Cannibalism and vampirism in paranoid schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1981;42:290.
4. Prins H. Vampirism--legendary or clinical phenomenon? *Med Sci Law* 1984;24:283-293.
5. Köroğlu E, Bayraktar S. *Kişilik Bozuklukları*. 2.baskı, Ankara: HYB Yayıncılık, 2010, pp.59-68.
6. Sakarya D, Gunes C, Ozturk E, Sar V. 'Vampirism' in a case of dissociative identity disorder and post-traumatic stress disorder. *Psychother Psychosom* 2012;81:322-323.
7. Hervey WM, Catalano G, Catalano MC. Vampiristic behaviors in a patient with traumatic brain injury induced disinhibition. *World J Clin Cases* 2016; 4: 138-141.
8. Halevey A, Levi Y, Shnaker A, Orda R. Auto vampirism a an unusual cause of anaemia. *J R Soc Med* 1989;82:630-631.
9. Jaffé PD, DiCataldo F. Clinical vampirism: blending myth and reality. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1994;22:533-544.
10. Winchel RM, Stanley M. Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of selfmutilation. *Am J Psychiatry* 1991;148:306- 317.
11. Favazza AR. The coming of age of self-mutilation. *J Nerv Ment Dis* 1998;186:259-268.
12. Leibenluft E, Gardner DL, Cowdry RW. Special future the inner experience of the borderline self-mutilator. *J Pers Disord* 1987;1:317-324.
13. Dubo ED, Zanarini MC, Lewis RE, Williams AA. Childhood antecedents of self- destructiveness in borderline personality disorder. *Can J Psychiatry* 1997; 42:63-69.
14. Emerson LE. The case of Miss A: a preliminary report of a psychoanalytic study and treatment of a case of self-mutilation. *Psychoanalytic Review* 1913;1: 41-54.
15. Langbehn D, Pfol B. Clinical correlates of self-mutilation among psychiatric inpatients. *Ann Clin Psychiatry* 1993; 5:45-53.
16. Feldman MD. The challenge of self-mutilation: a review. *Comprehensive Psychiatry* 1988;29: 252-269.
17. Clarke DJ. Psychopharmacology of severe self-injury associated with learning disabilities. *Br J Psychiatry* 1998;172:389-948.

COVID19 Pandemic and the use telepsychiatry in child mental health practices

Hande Ayraler Taner¹

¹Assis. Prof., Baskent University Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Ankara, Turkey
<https://orcid.org/0000-0003-2106-7928>

TO THE EDITOR

The COVID 19 pandemic which started at the end of 2019 has affected the whole world. Children with mental problems and their families have had difficulty in accessing hospitals and psychiatric clinics due to the concern with being infected with the virus. As a solution to this difficult situation one of the methods most frequently applied by the professionals working in the field of child mental health is telepsychiatry. In a recent study published just before the pandemic it was suggested that although child mental health professionals has positive attitudes towards technology, they have doubts about the available resources and their safety, reliability and privacy (1). For child mental health professionals who have suspicions about the use of technology in clinical practice this pandemic process was both challenging and informative.

Telepsychiatry, which means providing psychiatric support to people outside a clinic, office or hospital through videoconferencing or other technologies, has been used more commonly during the pandemic period (2). However, the spreading telepsychiatry implementation has brought with it problems, such as, difficulty in keeping doctor-patient confidentiality and data safety (3). There are no regulatory authorities for monitoring telepsychiatry implementation. Lacking regulation services may cause psychiatry implementation provided by incompetent people under the name of "telepsychiatry". Also in many places, public conferencing tools such as Zoom and Skype are used (4). This brings the risk of sharing data in an unsafe environment and damaging the privacy of the patient-

physician relationship. In addition, there are continuing discussions of how or whether to reimburse for telepsychiatry. A legal regulation was put in place in relation to telepsychiatry implementation and reimbursement in the U.S.A in March, 2020 (5). Yet, there are no legal regulations in most countries. Unregistered practices may legally put mental health professionals at risk in the future.

Implementation of child focused telepsychiatry that includes psychiatric examination with the child and his/her family, evaluation of cognitive processes, neuropsychological tests, child and family observation, game therapy and other psychotherapies and psychotropic drug prescription dates back to the 1970s (6). In a study, it was suggested that diagnoses and treatments provided in child psychiatry assessments during computer-based videoconference showed a 96% correspondence to visits made in person. In the same study, a total of 91% of the parents suggested that they would prefer videoconferencing instead of going long distances to an office (7). Although there are published studies about the efficacy of telepsychiatry practices in child and adolescent psychiatry, reliability of some diagnostic interviews and the use of some neuropsychological tests by video-conferencing; in the literature there is limited information about which patients to be chosen, whether it would be beneficial for which mental disorders or not, which methods to be used and the use of psychological tests (8,9). In a case report of a patient diagnosed with Asperger Syndrome who did not prefer face-to-face visit, symptoms were relieved in videoconference-based visits and the patient was then reported to accept face-to-face visit (10). Similar to the Asperger patient some mental health disorders

(such as social anxiety disorder, autism spectrum disorder, obsessive compulsive disorder), may benefit from telepsychiatry beyond the face-to-face visit. The way of using telepsychiatry applications varies according to the age of the child, and the child's cognitive abilities. Young children and children and adolescents with cognitive disabilities find it difficult to use technological tools without their parents. Even in interviews with adolescent patients who use technology comfortably, family members can intervene in the online interview. These intrusions can damage the therapeutic relationship with the patient and negatively affect the success of the therapy. Neuropsychological tests using various materials can be difficult to apply in videoconferencing interviews. This can affect the reliability of the test. Tests prepared specifically for a videoconference interview and whose validity and reliability studies have been carried out can help in this issue. To answer all these questions comprehensive studies are required on all these issues. People working in the field of technology and mental health need to foster closer collaboration to ensure appropriate, and ethical tools to foster telepsychiatry.

The pandemic has provided an opportunity to introduce innovation into mental health care. This

may result in lasting changes to the delivery of care and open up new possibilities for care. Studies, especially on the field of child's mental health, will expand our horizons and provide needed guidance for responsible care.

Funding: The author received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Conflict of interest: The author declares that there is no conflict of interest.

Acknowledgements: The author would like to thank Prof Myron Belfer for reading and commenting on the article

Correspondence address: Assis. Prof., Hande Ayraller Taner, Baskent University Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry Ankara, Turkey h_ayraler@hotmail.com

REFERENCES

1. Cliffe B, Croker A, Denne M, Stallard P. Clinicians' use of and attitudes towards technology to provide and support interventions in child and adolescent mental health services. *Child Adolesc Ment Health* [Internet]. 2020 May 1;25(2):95–101. Available from: <https://doi.org/10.1111/camh.12362>
2. Shore JH, Schneck CD, Mishkind MC. Telepsychiatry and the Coronavirus Disease 2019 Pandemic—Current and Future Outcomes of the Rapid Virtualization of Psychiatric Care. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2020 May 11; Available from: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1643>
3. Fegert JM, Vitiello B, Plener PL, Clemens V. Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2020;14:1–11.
4. Soron TR, Shariful Islam SM, Ahmed HU, Ahmed SI. The hope and hype of telepsychiatry during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020 Aug;7(8):e50–e50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32711713>
5. Chen JA, Chung W-J, Young SK, Tuttle MC, Collins MB, Darghouth SL, et al. COVID-19 and telepsychiatry: Early outpatient experiences and implications for the future. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2020 Jul 9;66:89–95. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32750604>
6. Straker N, Mostyn P MC. The use of two-way TV in bringing mental health services to the inner city. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1976 Oct 1;133(10):1202–5. Available from: <https://doi.org/10.1176/ajp.133.10.1202>
7. Elford, R., White, H., Bowering, R., Ghandi, A., Maddigan, B., & John, K. S. (2000). A randomized, controlled trial of child psychiatric assessments conducted using videoconferencing. *J Telemed Telecare* [Internet]. 2000 Apr 1;6(2):73–82. Available from: <https://doi.org/10.1258/1357633001935086>
8. Reese RM, Jamison R, Wendland M, Fleming K, Braun MJ, Schuttler JO, et al. Evaluating interactive videoconferencing for assessing symptoms of autism. *Telemed e-Health*. 2013;19(9):671–7.
9. Stain HJ, Payne K, Thienel R, Michie P, Carr V, Kelly B. The feasibility of videoconferencing for neuropsychological assessments of rural youth experiencing early psychosis. *J Telemed Telecare*. 2011;17:328–31.
10. Clarke CS. Telepsychiatry in Asperger's syndrome. *Ir J Psychol Med* [Internet]. 2017/07/10. 2018;35(4):325–8. Available from: <https://www.cambridge.org/core/article/telepsychiatry-in-aspergers-syndrome/F37C45A68AFA9B181803A2B828008F8A>

Olanzapin Tablet 2.5 • 5 • 10 • 15 • 20mg

OLFREX

Olanzapin EasyTab 2.5 • 5 • 10 • 15 • 20mg

MUTLULUĞUN İÇİNDE OL!



SAĞLIK İÇİN
DEĞER



Lütfen ayrıntılı bilgi için firmamıza başvurunuz
NOBEL İLAÇ SANAYİİ VE TİCARET A.Ş.
Sarıyer Mah. Dr. Adnan Kaya Bulvarı Cad. No: 34 Kat: 34004 Sarıyer/İstanbul
Tel: 0212 631 91 00 Fax: 0212 631 91 01 www.nobel.com.tr

*Ref: Liberman JA N Engl J Med 2005 Sep 22; 353(12): 1209-23 CATIE
Kısa Ürün Bilgisi için Kare Kodu cihazınıza okutunuz.
<https://www.nobel.com.tr/urunler/ilaclar?activeSubstance=14>



OLF2103_35_L