



ISSN 1302-0099 / e-ISSN 2146-7153

KLİNİK
psikiyatri
DERGİSİ
www.klinikpsikiyatri.org



Yıl / Year: 2022

Cilt / Volume: 25

4

Sayı Number

ANP Yayıncılık



KLİNİK PSIKİYATRİDERGİSİ

Yıl / Year 2022 Cilt / Volume 25 Sayı / Number 4

İçindekiler / Contents

Editörden /Editorial

348 **Türkiye'nin ruh sağlığı yapısını yeniden tartışmak: Nereye gidiyoruz?**

Re-discussing Turkey's mental health structure: Where are we going?

Burhanettin Kaya

Araştırma Yazıları/Research Articles

350 **Özgül öğrenme bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde retinal bulgularının değerlendirilmesi: Bir vaka kontrol çalışması**

Assessment of retinal findings in children and adolescents with specific learning disorder: A case-control study

Aziz Kara, Okan Ağca

356 **Yaşlı bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu: Prevelans ve klinik özellikler**

Attention deficit hyperactivity disorder in elderly individuals: Prevalence and clinical features

Şilan Şenbayram Güzelbaba, Lut Tamam, Mehmet Emin Demirkol, Zeynep Namlı, Mahmut Onur Karaytuğ, Caner Yeşiloğlu

366 **Trikotillomani ve deri yolma bozukluğunda psikolojik dayanıklılık ve dürtüsellik**

Psychological resilience and impulsivity in trichotillomania and skin picking disorder

Efruz Pirdoğan Aydın, Hasan Demirci, Jülide Güler Kenar, Ömer Akil Özer, Oğuz Karamustafaloğlu

376 **Bipolar I bozukluk tanılı ötimik hastalarda duygu düzenleme güçlüklerinin işlevsellik üzerine etkisi**

The effect of emotional dysregulation on functionality in euthymic patients diagnosed with bipolar I disorder

Gözde Akbaba, İbrahim Balcıoğlu

386 **Psikotik belirtili psikiyatrik hastalıklarda hastanede kalışı ve bir yıl içindeki tekrarlayan kabulü ön gören değişkenler: Retrospektif bir çalışma**

The variables predicting the length of hospital stay and within one year recurrent admission in psychiatric disorders with psychotic symptoms: A retrospective study

Çiğdem Geniş, Muhammed Hakan Aksu, Behcet Coşar

395 **Psikiyatri branşıyla ilgili tıbbi uygulama hatası (malpraktis) iddiası nedeniyle değerlendirilen vakaların klinik özellikleri ve adli psikiyatrik açıdan incelenmesi**

Clinical characteristics and forensic psychiatric examination of cases evaluated due to alleged psychiatric medical malpractice

Ender Cesur, İlker Taşdemir, Ercan Büyükkıncak, Hızır Aslıyüksel, Şenol Turan

404 **Tıp fakültesi öğrencilerinde tükenmişlik sendromu**

Burnout syndrome in medical faculty students

Ayşe Zeynep Akkoyun, Elif Aksu, Zeynep Eker, Hilal Mutlu, Mustafa Uyar, Burak Taylan Göbekçi

Olgu Sunumu /Case Reports

416 **Depresif belirtili bir ergen anti-NMDAR ensefaliti olgu sunumu**

A case report of adolescent anti-NMDAR encephalitis with depressive symptoms

Onur Tuğçe Poyraz Fındık, Gulten Öztürk, Hakkı Akbeyaz, Sermin Aksoy Özcan, Olcay Ünver, Dilşad Türkdoğan, Nese Perdahli Fis

420 **HSV ensefaliti sonrası Kluver Bucy sendromunun eşlik ettiği amnestik bozukluk: Bir olgu sunumu**

Amnesic disorder associated with Kluver Bucy syndrome after HSV encephalitis: A case report

Neslihan Kara, Enes Sarigedik, Ahmet Ataoğlu

426 **Risperidon ile ilişkili Guillain-Barre benzeri sendrom: Bir olgu sunumu**

Guillain-Barre like syndrome associated with risperidone use: A case report

Güneş Devrim Kıcılı

430 **İntrakranial kitlesi ve pulmoner emboli öyküsü olan tedaviye dirençli manik bipolar hastada başarılı EKT uygulanması: Olgu sunumu**

Successful ECT treatment of a treatment resistant manic bipolar patient with intracranial mass and pulmonary embolism history: Case report

Anıl Muştucu, Rümeysa Ayşe Güllülü, Salih Saygın Eker

434 **Erişkinlik döneminde streptokok enfeksiyonu ile ilişkili pediatrik otoimmün nöropsikiyatrik bozukluk (PANDAS) tanısı düşündüren bir olgu**

An adult case suggestive of pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infection (PANDAS) diagnosis

Sare Aydın, Ahmet Ekrem Savaş, Esmâ Akpınar Aslan, Sedat Batmaz

Klinik Psikiyatri Dergisi, Psikiyatri, Klinik Psikoloji, Psikofarmakoloji ve Nörolojinin psikiyatriyi ilgilendiren alanlarında yapılan deneysel ve klinik araştırmalar, derlemeler, olgu sunumları, kısa bildiriler ve editöre mektup türünden yazılara yer vermektedir. Yılda 4 kez yayınlanan dergi, Türkçe ve İngilizce yazıları kabul etmektedir. Gönderilen makaleler için; iletim, değerlendirme, yayınlanma gibi hiçbir aşamada ücret talep edilmemektedir. 2016 sayıları itibarı ile makalelere DOI numaraları verilmektedir. Digital Object Identifier (DOI) sistemi digital ortamda yer alan içeriğe kolay erişilebilmesini sağlayan bir sistemdir. DOI numarası almış makaleler ile sistem, basılı mecrada yayınlanmasına gerek kalmadan çevrimiçi yayınlanması ile birlikte çalışmalarınız arasında yer almasını olanak sunmaktadır. Bu durum akademisyenler için zaman açısından avantaj sağlamaktadır. DOI sistemi, ISO standardı olup International DOI Foundation tarafından idare edilmektedir. DOI Sisteminde yer alan dergimizde çalışmalarını yayınlanan yazarlar çalışmalarını ulusal ve uluslararası bilim çevrelerinin hızlı erişimine sunmakta ve böylelikle yazılarının atıf potansiyelini artırmaktadırlar. Dergimiz Journal Agent ara yüzü ile makale gönderimi ve takibi yapmaktadır. Kullanıcılar tarafından kolay ve hızlı kullanım imkânı tanıyan makale takip sistemi ile çalışmalarınız hızlı bir şekilde değerlendirilmektedir. Yazıların değerlendirme süreci ve etik konular Klinik Psikiyatri Dergisi makalelerin değerlendirilmesinde bağımsız, tarafsız, çift-kör hakem değerlendirme raporlarını temel alınmaktadır. Gönderilen makalelerin özgünlükleri, metodolojileri, tartışılan konunun önemi, Yayın Kurulu üyeleri tarafından değerlendirilir. Takiben, tarafsız değerlendirme sürecini sağlamak için her makale alanlarında uzman en az iki dış-bağımsız hakem tarafından değerlendirilir. Bütün makalelerin karar verme süreçlerinde nihai karar yetkisi Editörler Kurulu'ndadır. Gözden geçirenler yazarların kimliğinden habersizdir ve yazarlar da gözden geçirenlerin kimliğinden habersizdirler. Gönderilen yazılar, isimleri gizli tutulan konuyla ilgili en az iki danışma kurulu üyesince değerlendirilir. Danışma kurulunca değerlendirmeleri tamamlanan yazılar yayın kurulunda görüşülür. Yayın kurulu yazıyı yayınlamaya, düzeltilmesi için geri göndermeye, düzelterek yayınlamaya ya da yayınlamamaya yetkilidir. Dergimizin editöryel ve yayın süreçleri International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), World Association of Medical Editors (WAME), Council of Science Editors (CSE), Committee on Publication Ethics (COPE), European Association of Science Editors (EASE) ve National Information Standards Organization (NISO) organizasyonlarının kılavuzlarına uygun olarak biçimlendirilmiştir. Derginin editöryel ve yayın süreçleri, Principles of Transparency and Best Practice in Scholarly Publishing (doaj.org/bestpractice) ilkelerine uygun olarak yürütülmektedir. Yayın Kurulu, dergimize gönderilen çalışmalar hakkındaki intihal, atıf manipülasyonu ve veri sahteciliği iddia ve şüpheleri karşısında COPE kurallarına uygun olarak hareket edecektir. Bütün makalelerin benzerlik tespiti denetimi, iThenticate yazılım aracılığıyla yapılmaktadır. Eğer makalede daha önce yayınlanan makalelerden alıntı varsa, makalenin yazarı yayın hakkı sahibi ve yazarlarından yazılı onay almak ve bunu makalesinde belirtmek zorundadır. Alınan onay belgesi makaleyle beraber editörlüğümüze gönderilmelidir. Hakemlerin, mükerrer yayın, intihal vb gibi olası araştırma ve yayın etiği ihlalleri konusunda yorumda bulunmaları beklenir. Yazar olarak listelenen herkesin ICMJE tarafından önerilen yazarlık ölçütlerini karşılaması gerekmektedir. ICMJE, yazarların aşağıdaki 4 ölçütün her birini karşılamasını önermektedir: 1. Çalışmanın konseptine/tasarımına; ya da çalışma için verilerin toplanmasına, analiz edilmesine ve yorumlanmasına önemli katkı sağlamış olmak; 2. Yazı taslağını hazırlamış ya da önemli fikrî içeriğin eleştirel incelemelerini yapmış olmak; 3. Yazının yayından önceki son halini gözden geçirmiş ve onaylamış olmak 4. Çalışmanın herhangi bir bölümünün geçerliliği ve doğruluğuna ilişkin soruların uygun şekilde soruşturulduğunun ve çözümlendiğinin garantisini vermek amacıyla çalışmanın her yönünden sorumlu olmayı kabul etmek. Yazarlar bu dört kuralı karşıladıklarına dair yazılı onayı Yayın Hakkı Devir Formu'nda bildirmek durumundadır. Dört kriterin hepsini karşılamayan kişilere makalenin başlık sayfasında teşekkür edilmelidir. Yayın Kurulu'nun gönderilen bir makalede "armağan yazarlık" olduğundan şüphelenmesi durumunda söz konusu makale değerlendirme yapılmaksızın reddedilecektir. Yazarlar, çalışmalarındaki doğrudan ya da ticari bağlantı, maddi destek gibi konularda tam olarak açık olmalıdırlar. Yazarlar bu türden bir ilişkileri varsa bunun nasıl bir ilişki olduğunu bildirmek, yoksa hiçbir ilişkileri olmadığını belirtmek zorundadırlar. Dergimiz, WAME'in çıkar çatışması tanımını benimsemektedir. Yazıların geliş tarihleri ve kabul edilme tarihleri makalenin yayınlandığı sayıda belirtilir. Derginin internet sayfasında bütün makalelerin Türkçe ve İngilizce özet versiyonları ile gönderilen dildeki tam metin versiyonları bulunur. İçerik, yayın sürecinin tamamlanmasını takiben derginin internet sayfasında ücretsiz erişime açık hale getirilir. Eğer abone değil iseler yazarlara, yazılarının yayınlandığı dergi gönderilmemektedir. Dergimizde yayınlanan yazıların yayın hakkı ANP Özel Sağlık Hizmetleri LTD ŞTİ'ne aittir. Yazarlara telif ücreti ödenmemektedir. Yayınlanan yazıların bilimsel ve hukuki sorumluluğu yazarlarına aittir. Dergide yayınlanan makalelerde ifade edilen görüşler ve fikirler Klinik Psikiyatri Dergisi, Editörler ve Yayın Kurulu'nun değil, yazar(lar)ın bakış açılarını yansıtır. Editörler, Yayın Kurulu ve Yayıncı bu gibi durumlar için hiçbir sorumluluk ya da yükümlülük kabul etmemektedir. Gönderilen yazıların hemen işleme konulabilmesi için belirtilen yazım kurallarına tam olarak uygun olması gereklidir. Yazım Kuralları Dergide yayınlanmak üzere gönderilen yazıların uzmanlarca tarafsız değerlendirmeye alınabilmesi için, yazarların kimliklerine ilişkin bilgilerin, yazının başında yer alacak ayrı bir sayfada bulunması gereklidir. Yazılar, yazının daha önce bir dergide yayınlanmamış veya yayınlanmak üzere gönderilmemiş, olduğunu bildiren ve tüm yayın haklarının ANP Özel Sağlık Hizmetleri LTD ŞTİ'ne devredildiği belirtilen, yazarlarca imzalanmış bir üst yazı ile gönderilmelidir. Yazılarınızı web anasayfamızda yer alan "online makale gönder" butonuna tıklayarak gönderebilirsiniz. Her türlü sorunuz için klinikpsikiyatri@gmail.com adresinden bize ulaşabilirsiniz. İlk sayfada, makale başlığının altında, yazarların isim, soyadı, unvan, çalışma adresleri ve varsa e-mail adresleri belirtilmelidir. En sonda da yazışmaların yapılacağı sorumlu yazarın adres, telefon ve e-mail adresi yer almalıdır. Araştırmalar, olgu sunumları ve derleme yazıları için Türkçe özet ve anahtar sözcükler ile İngilizce başlık, İngilizce özet ve İngilizce anahtar sözcükler bulunması zorunludur. Türkçe özet en az 150, en fazla 200, İngilizce özet en az 230, en fazla 250 sözcükten oluşmalıdır. Anahtar sözcükler Index Medicus'a göre seçilmeli, en az 3 en fazla 6 kelime olmalıdır. Araştırma yazılarında Türkçe ve İngilizce özetler, Amaç (Objectives), Yöntem (Method), Bulgular (Results), Sonuç (Conclusion) şeklinde başlıklardan oluşmalıdır.

Kısaltmalar uluslararası kabul edilen şekilde olmalı, ilk kullanıldıkları yerde açık olarak yazılmalı ve parantez içinde kısaltılmış şekli gösterilmelidir. Özete kısaltmalara yer verilmemelidir. Yazılarda dipnot kullanılmamalı, açıklamalar yazı içinde verilmelidir. Makaleler sadece www.klinikpsikiyatri.org adresinde yer alan derginin online makale yükleme ve değerlendirme sistemi üzerinden gönderilebilir. Diğer mecralardan gönderilen makaleler değerlendirilmeye alınmayacaktır.

MAKALE TÜRLERİ: Araştırma: Araştırma yazıları sırasıyla Giriş, Gereç ve Yöntem, Bulgular, Tartışma ve Sonuç alt başlıklarından oluşmalıdır. Türkçe ve İngilizce özetler, Amaç (Objectives), Gereç ve Yöntem (Method), Bulgular (Results), Sonuç (Conclusion) şeklinde başlıklardan oluşmalıdır. Makaleler, ICMJE-Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals ile uyumlu olarak hazırlanmalıdır. Araştırmalarda etik ilkelere uyulmalıdır. Etik Kurul kararları ve olgu onay formları yazılara eklenmeli, makalede etik ilkelere uyulduğu bir cümle ile belirtilmelidir. Özgün araştırmaların kısıtlamaları, engelleri ve yetersizliklerinden sonuç paragrafı öncesi "Tartışma" bölümünde bahsedilmelidir.

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

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

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

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

TABLO, ŞEKİL VE RESİMLER: Tablo, Şekil ve Resimler numaralandırılmalı ve metin içinde geçiş sırasına göre belirtilmelidir. Başlık veya alt yazıları ile birlikte her biri ayrı sayfada hazırlanarak yazıya eklenmelidir. Şekiller fotoğraf filmi alınabilecek kalitede gönderilmelidir. Şekil içindeki harf, numara ya da semboller net ve okunabilir olmalıdır. Tablolar ana dosyaya eklenmeli, kaynak listesi sonrasında sunulmalı, ana metin içerisindeki geçiş sıralarına uygun olarak numaralandırılmalıdır. Tabloların üzerinde tanımlayıcı bir başlık yer almalı ve tablo içerisinde geçen kısaltmaların açılımları tablo altına tanımlanmalıdır. Tablolar Microsoft Office Word dosyası içinde "Tablo Ekle" komutu kullanılarak hazırlanmalı ve kolay okunabilir şekilde düzenlenmelidir.

Tablolarda sunulan veriler ana metinde sunulan verilerin tekrarı olmamalı; ana metindeki verileri destekleyici nitelikte olmalıdır. Makaleler sadece www.klinikpsikiyatri.org adresinde yer alan derginin online makale yükleme ve değerlendirme sistemi üzerinden gönderilebilir. Resimler, grafikler ve fotoğraflar (TIFF ya da JPEG formatında) ayrı dosyalar halinde sisteme yüklenmelidir.

KAYNAKLAR: Atf yapılırken en son ve en güncel yayınlar tercih edilmelidir. Atf yapılan erken çevrimiçi makalelerin DOI numaraları mutlaka sağlanmalıdır. Kaynakların doğruluğundan yazarlar sorumludur.

Dergi isimleri Index Medicus/Medline/PubMed'de yer alan dergi kısaltmaları ile uyumlu olarak kısaltılmalıdır. Kaynaklarda tüm yazar isimleri listelenmelidir. Ana metinde kaynaklara atf yapılırken parantez içinde Aralık numaralar kullanılmamalıdır. Vancouver stilinde kaynak gösterimi yapılmalıdır. Dergi isimlerinin kısaltmaları, "NLM Katalog: NCBI Veri tabanlarında atf yapılan dergilerde"

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>) kullanılan stilde olmalıdır. Dizin eklenmemiş dergilerin kısaltılması gerekir. Farklı yayın türleri için kaynak stilleri aşağıdaki örneklerde sunulmuştur:

Kaynak bir makale ise; Boyce P, Parker G, Barnett B, Cooney M, Smith F. Personality as a vulnerability factor to depression. Br J Psychiatry 1991; 159:106-114. Zinbarg RE, Barlow DH, Liebowitz M, Street L, Broadhead E, Katon W, Roy-Byrne J, Lepine J-P, Teherani M, Richards J, Brantley PJ, Kraemer H. The DSM-IV field trial for mixed anxiety-depression. Am J Psychiatry 1994; 151:1153-1162

Bir derginin ek sayısı ise; Beskow J. Depression and suicide. Pharmacopsychiatry 1990; 23 (Suppl 1): 3. Burrows GD, Norman TR, Judd FK, Marriott PF. Short-act, ng versus long-acting benzodiazepines: discontinuation effects in panic disorders. J Psychiatr Res 1990; 24 (suppl 2): 65-72.

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

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

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

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

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

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

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

Onursal Editör: Nevzat Yüksel, Burhanettin Kaya

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

Dış İlişkiler Editörleri: Mohammad Ghaziuddin, Muzaffer Kaşer

İstatistik Editörü: Gülşah Seydaoğlu

Dil Editörü: Oğuzhan Herdi

Danışma Kurulu/Advisory Board

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

Bu sayıda görüşme önerileri ile yayın kalitemize katkıda bulunan danışmanlarımız

Çiçek Hocaoglu, Ali Kandeğer, Sedat Batmaz, Sevil Yıldız,
 Can Cimilli, Süheyla Ünal, Damla Eyüboğlu, Kerim Uğur,
 Mehmet Ak, Berna Gündüz Çitir, Ayşegül Koç, Onur Yılmaz, Ahmet Topuzoğlu
 Murat Eyüboğlu, Hozan Saatçioğlu, Burcu Kardaş, Mükerrrem Güven,
 Bürge Kabukçu Başay, Esra Yazıcı, Emre Mısırs, Ebru Çobanoğlu,
 Ömer Faruk Akça, Şahika Yüksel, Onur Okan Demirci,
 Artuner Deveci, Aslı Süre Adanır, Mustafa Sercan
 Ozhan Yalçın, Özlem Tunçel, Öznur Bılaç, Murat İlhan Atagün,
 Hamza Ayaydın, Esra Demirci, Ahmet Yasin, Okan Taycan, Aslı Ercan Doğan
 Azize Atlı Özbaş, Tolga Binbay, Nazmiye Yıldırım, Osman Özdel

Yüksel Kıvrak, Atilla Tekin, Burçin Çolak, Şermin Yalın Sapmaz,
 Bengi Semerci, İbrahim Tuğrul, Sezen Köse, Sibelnur Avcı,
 Levent Sevinçok, Kerim Uğur, Çağdaş Öykü Memiş, Tuna Cak, Vesile Altınyazar
 Umut Kırılı, Şevin Hun Şenol, Sema Barlas, Pervin Tunç,
 Özden Arısoy, İlyas Kaya, Önder Kavakçı, Ömer Aydemir,
 Necip Çapraz, Masum Ozturk, Melek Hande Demir,
 Kürşat Altınbaş, Yasemin Hoşgören Alıcı, Ali Evren Tufan
 İnci Meltem Atay, Çilem Bilginer, Banu Yılmaz,
 Cennet Şafak Öztürk, Gökhan Sarısoy, Ferdi Köşger
 Dilşad Foto Özdemir, Ceren Gökdağ, Burcu Akın Sarı, Berker Duman,
 Damla Sayar, ÖzdenŞükran Üneri, Hülya Arslantaş, Hayriye Dilek Hamurcu

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)
 CIRRIEIndex 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 Yazışları Müdürü: Terapi Tıp Merkezi ANP Özel Sağlık Hizmetleri Ltd.Şti. Adına, Mehmet Yumru Kapak Resmi: Mehmet Emin Erşan

Türkiye'nin ruh sağlığı modelini yeniden tartışmak: Nereye gidiyoruz?

Re-discussing Turkey's mental health structure: Where are we going?

Burhanettin Kaya¹

¹Prof., Haliç Üniversitesi Psikoloji A.D., İstanbul, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-6480-1451>

Yarını anlamamanın yolu bugüne bakmaktan geçiyor. Bugünü anlamak ise geçmişini araştırmak ve anlamakla olanaklı. Yaşananın kaydını tutamayan, dün ile yarın arasında bağ kuramayan ve şaşkınlıkla kayıtsızlık arasında dolaşmaya balık hafızalı demek yanlış olmaz. Bu belleksizlik farkında olmadan insanı, toplumu var eden temel değerlerin farkında olamamayı ve koruyamamayı da doğuruyor.

Ruh sağlığı politikaları, yasal düzenlemeler, geliştirilen programlar bir ülkenin ruh sağlığı uygulamaları açısından son derece önemli ve vazgeçilmez öğelerdir. Dünya ülkelerinin yaklaşık %60'ının bir ruh sağlığı politikası ve ruh sağlığı yasası var. Çağdaş ülkelerin neredeyse tamamına yakınında var. Bu ülkelerin çoğu geliştirdikleri bu ulusal ruh sağlığı politikalarını sadece kâğıt üzerinde kalan metinler olarak bırakmamış, sağlık sistemini düzenlemek için etkili araçlar olarak kullanmışlardır. Yaşama geçirdikleri ulusal ruh sağlığı politikalarının kamusal niteliği, sınıfsal temelleri, ülke ekonomik politikaları ve tercihleri çerçevesindeki niteliği, yasaların yeterliliği ayrı bir tartışma konusudur. Türkiye'nin birçok ülkeye politika geliştirmede öncülük etmiş ama yok edilmiş bir sosyalizasyon yasası, tozlu arşivlerde bir ruh sağlığı politikası ve kötürüm kalmış bir ruh sağlığı eylem planı var. Ancak halen bir ruh sağlığı yasası yok...

2006 yılında Sağlık Bakanlığı ulusal ruh sağlığı politika metni geliştirmek amacıyla bir proje yürüttü. Marmara depremi sonrası acil yeniden yapılandırma ikraz antlaşmasının bir uzantısı olarak. Politika metnini geliştirme süreci ve bakanlık dışındaki kurum ve kuruluşların, meslek örgütlerinin, sivil toplum kuruluşlarının bu sürece dahil tam bir komedidir (1). Bu politika raporu, bu çalışma ile Türkiye'yi tanıma imkânı bulduğu için büyük memnuniyet duyan Türkiye Kökenli Amerikalı proje avcısı bir şahsa ve kapitalist projeleriyle tüm dünyaya politika ihraç eden Harvard Üniversitesine ihale edilmişti. Bu rapor temel alınarak 2009'da Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri kuruldu. Ne yazık ki süreç içinde işlevlerini kaybettiler. 2011 yılında bir ruh sağlığı eylem planı 2011-2023 vurgusuyla hazırlanmış, sağlık ortamı ile

(Klinik Psikiyatri 2022;25:348-349)

DOI: 10.5505/kpd.2022.75508

Makalenin geliş tarihi: 11.12.2022, Yayına kabul tarihi:12.12.2022

paylaşılıştı (2). Bu eylem planının içeriğinden bazıları yaşama geçirildi. Planlanan aşamalar güncel siyasetin gereksinimlerine göre değiştirildi. Planlanan sıralamalara uyulmadı. Seçmenlerinin isteğine göre pilot bölgeleri değiştirildi. Fakat hükümet nezdinde gereken destek verilmedi. Meslek örgütlerinin ve sivil toplum kuruluşlarının uyarıları, eleştirileri ve önerileri yok sayıldı (3). 2011 Ruh Sağlığı Eylem planı, neoliberal politikaların gereksinimlerine göre düzenlenmiş olan, içinde toplum sağlığı yararına az da olsa bazı içerikler taşıyan yüzlerce sayfalık bir eylem planı olarak bugün sağlık bakanlığı depolarında uyumaktadır.

Türkiye Psikiyatri Derneği ruh sağlığı yasasının çıkarılması amacıyla kuruluşundan bu yana, 30 yıla yakındır büyük bir çaba sarf ediyor. Şimdiye dek 18 yasa taslağı hazırladı ve çeşitli dönemlerde hem kamuoyuna, siyaset dünyasına sundu (4). Eylemler yaptı, etkinlikler düzenledi. Kamuoyunun gündemine taşıdı. Hazırladığı yasa taslakları bazı dönemlerde genellikle iktidar blokundan “duyarlı” bir milletvekilinin yoğun çabaları ile sağlık komisyonlarına geldi ve öncülük eden milletvekili parti üst yönetimi tarafından taltif edilip yeni görevlere getirilince taslaklar tozlu raflara kaldırıldı. Son yasa tasarısı da benzeri süreçlerden geçiyor ve yasa tasarısı rafa kalkmadan yasalasın diye yoğun bir çaba sarf ediliyor. Toplumsal belleğimizi ve Ruh Sağlığı Yasası tarihini düşününce bu durum beni açıkçası ürkütüyor. Umarım bu süreç bu sefer amacına ulaşır.

Ruh Sağlığı alanında durumlar hiç iç açıcı değil. Dünyada eşi görülmeyen ve tanımsız, tarifsiz bir Sağlık Bilimler Üniversitesi modeli ile tıp eğitimi, psikiyatri eğitimi ve sağlık hizmetleri tuhaf bir görünüm elde etmiş durumda.

Özel sağlık kuruluşları başat hizmet sağlayıcısı olmuş durumda. Vakıf Üniversiteleri özel hastaneler üzerinden tıp ve uzmanlık eğitimi veriyor. Eğitimin niteliği ve tıp tarihi, geleneği bilimsel birikimi ile teması bozulmuş durumda. Kamu üniversiteleri büyük borç altında. Kötü yönetiliyor.

Psikiyatri klinikleri giderek küçülüyor, yataklı servisler kapatılıyor, yatak sayıları azalıyor. Poliklinik birimleri azalıyor.

Kent merkezlerindeki köklü eğitim hastaneleri ve devlet hastaneleri kapatılıp şehir hastaneleri adı sağlık kampüslerine taşınıyor. Kapanan hastanelerle birlikte psikiyatri yatak sayıları giderek düşüyor. Kapatılan hastaneler ile yüzlerce yatak kaybı olurken tüm hastanelerin taşındığı şehir hastanelerinde en fazla 30 yataklı tek bir psikiyatri servisi oluşturuluyor.

Ruh Sağlığı hastanelerinde durum çok daha kötü. Örneğin, büyük bir hasta yükünü kaldıran, ruh sağlığı hizmetini yüklenen ve yıllardır ilgi bekleyen Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları hastanesi kapanmanın eşiğinde. Elazığ ve Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları hastanelerinin durumu farklı değil. Ruh sağlığı çalışanlarının ve psikiyatristlerin çalışma koşulları çok ağırlaşmış halde...

Üniversite ve eğitim hastanelerinde akademik yükseltmeler siyasal kadrolaşmanın bir aracı olarak kullanılıyor, liyakatten uzak ve dosya üzerinden değerlendirmelerle akademik unvanlar dağıtılıyor. Bu uzmanlık eğitimini niteliğini giderek düşürüyor. Kişiye özel kadro ilanlarıyla liyakat tümüyle yok edilmiş durumda.

Asistan sayısı uzmanlık eğitimini sürdürülemez, hatta önleyecek düzeyde artırılmış durumda. Eğitim hastanelerindeki psikiyatri yatak sayılarının giderek azalmasıyla, asistanlar neredeyse şizofreni, bipolar bozukluk gibi temel hastalıkları görmeden uzmanlık eğitimini bitirme dönemine geliyorlar

Kamuda çalışan hekimler her geçen gün çalışma koşulları, sağlık ortamında yaşanan sorunlar ve düzeltmek için hiçbir adım atılmaması nedeniyle daha çok istifa ediyor, istifa sonrasında da yeterince deneyim kazanmadan özel hastanelerin sömürü sistemine girmek zorunda kalıyorlar, ya da özel muayenehane açarak mesleklerini sürdürebilme çabasına girişiyorlar. Bu da yeni etik sorunlar doğuruyor. Ayrıca birçoğu da yurt dışına gitmenin planlarını yapıyor.

Söylenebilecek daha çok şey var.

Uzun yıllardır Türkiye’de ruh sağlığı politikaları geliştirmeye olanak verecek ve ülkeye genelleyebilecek nitelikte epidemiyolojik araştırmalar yapılmıyor. 1998 yılında Hacettepe Üniversitesi ve Sağlık Bakanlığı işbirliği ile yapılan ve “Erişkin Ruh Sağlığı Profili” araştırmasından (5) sonra şimdiye dek kapsamlı bir araştırma yapılmadı ne yazık ki... Yapılacağına dair bir ipucu da yok. 1990’lı yıllardan günümüze dek Ankara Çubuk, Sivas, İzmir, Eskişehir gibi şehirlerde yapılan bölgesel nitelikte sınırlı araştırmalar dışında epidemiyolojik araştırmaların yeterince yapılmadığını söyleyebiliriz. 2006 yılından bu yana birçok kurum (Milli Eğitim, Emniyet Müdürlüğü vs.) yıllarca yayınladıkları istatistikleri yayınlamıyorlar, çok temel sağlık bilgilerini bilim dünyasıyla, sağlık politikası geliştiricileriyle, meslek örgütleriyle, eğitim ve sağlık alanından sivil toplum örgütleriyle paylaşmıyorlar. TÜİK temel istatistik verileri yayınlamıyor, ya da eksik yayınlıyor. Bu koşullar çerçevesinde, yeni bilgi, yeni epidemiyolojik veriler olmaksızın, toplum ruh sağlığının güncel durumunu anlamak, nedenselliği tartışmak, toplumun gereksinimlerini karşılayacak ruh sağlığı politikaları geliştirmek ve ruh sağlığına yön verebilmek çok olanaklı görünmüyor.

Tüm bu yazılanlardan siyasal erkin bir ruh sağlığı politikası olmadığı düşüncesi aklınıza gelmesin. Neoliberal kapitalizmin yön vermesi ile siyasal iktidarların hizmet ettikleri sosyal sınıfın gereksinimine göre hayata geçirilen, adı konulmamış yazılı olmayan ve bir ruh sağlığı politikasının olduğunu ve özenle uygulandığını söyleyebiliriz. Bu politikalar açığa çıkarılmayı, görünür kılınmayı ve ortaya çıkardığı sorunlar, yarattığı tahribatlar, ruh sağlığına bıraktığı izler açısından irdelenmeyi, araştırılmayı ve tartışılmayı fazlasıyla hak ediyor. Bilim dünyasının, akademinin, sağlık meslek örgütlerinin bu sorumluluğu hatırlaması ve yaşama geçirmesi gerekiyor. Hafızamızı balık olmaktan kurtararak...

Yazışma adresi: Prof. Dr. Burhanettin Kaya, Haliç Üniversitesi Psikoloji A.D., İstanbul, Türkiye burha65@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Kaya B., Sağlıkta dönüşümün ruh sağlığı politikası: Sağlık Bakanlığı ulusal ruh sağlığı politika raporunun değerlendirilmesi, Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, 2007, 10 (1): 18-19.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı., Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023), Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, 2011.
3. Soygür H., Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri: Quo 349

Vadis? Arch Neuropsychiatr 2016; 53: 1-3.

4. Türkiye Psikiyatri Derneği., Ruh Sağlığı Kanunu’nun yasalaşma sürecinde TPD çalışmaları. TPD Bülteni, 2021, 24(3): 9-10.
5. Kılıç C., Türkiye’de Ruhsal Hastalıkların yaygınlığı ve ruhsal hastalıkların tedavisinin neresindeyiz? Toplum ve Hekim 2020, 35(3): 179-187.

Assessment of retinal findings in children and adolescents with specific learning disorder: A case-control study

Özgül öğrenme bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde retinal bulgularının değerlendirilmesi: Bir vaka kontrol çalışması

Aziz Kara¹, Okan Ağca²

¹M.D., Department of Child and Adolescent Psychiatry, Afyonkarahisar Health Sciences University, Afyonkarahisar, Turkey, <https://orcid.org/0000-0003-0925-5723>

²M.D., Department of Ophthalmology, Health Sciences University, Konya City Hospital, Konya, Turkey, <https://orcid.org/0000-0002-2047-8242>

SUMMARY

Objective: Specific Learning Disorder; is a neurodevelopmental disorder that arises due to genetic, epigenetic and various environmental factors. The aim of this study is to compare children and adolescents diagnosed with specific learning disorder with healthy controls in terms of intraocular pressure, retinal nerve fiber layer, central macular thickness and choroidal thickness. **Method:** This prospective case-control study included 63 children and adolescents, including 30 with specific learning disabilities and 33 controls. The case and control groups were assessed using 'Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia School-Age Children-Present and Lifetime Version Form-DSM-5 Turkish Version for diagnostic interview. Case and control groups were compared in terms of retinal findings by performing intraocular pressure and optic coherence tomography. In the study, various retinal nerve fiber layer quadrants were compared separately for the right and left eyes. **Results:** In the case group, only the right eye superior nasal retinal nerve fiber layer quadrant thickness was found to be lower than the control group. There was no difference between the groups in terms of other parameters. **Discussion:** Our study indicates a lower right eye superior nasal retinal nerve fiber layer quadrant thickness in children and adolescents with specific learning disorder as compared to controls. However, there was no difference between the groups in terms of intraocular pressure and other retinal findings. Longitudinal studies with larger samples are needed in order to generalize retinal findings in specific learning disorder to the population.

Key Words: Choroidal thickness, intraocular pressure, macular thickness, retinal nerve fiber layer, specific learning disorder.

ÖZET

Amaç: Özgül Öğrenme Bozukluğu; genetik, epigenetik ve çeşitli çevresel faktörlere bağlı olarak ortaya çıkan nörogelişimsel bir bozukluktur. Bu çalışmanın amacı, özgül öğrenme bozukluğu tanısı alan çocuk ve ergenleri göz içi basıncı, retina sinir lifi tabakası, santral makular kalınlık ve koroid kalınlığı açısından sağlıklı kontrollerle karşılaştırmaktır. **Yöntem:** Bu prospektif vaka kontrol çalışmasına 30'u özgül öğrenme bozukluğu ve 33'ü kontrol olmak üzere 63 çocuk ve ergen dahil edildi. Vaka ve kontrol grupları, 'Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5 Türkçe Versiyonu' kullanılarak değerlendirildi. Olgu ve kontrol grupları göz içi basıncı ve optik koherens tomografi ölçümleri ile retina bulguları açısından karşılaştırıldı. Çalışmada farklı retina sinir lifi kalınlıkları sağ ve sol göz için ayrı ayrı kadranlara ayrılarak karşılaştırıldı. **Bulgular:** Olgu grubunda sadece sağ göz superior nazal kadran retina sinir lifi kalınlığı kontrol grubuna göre daha düşük bulundu. Diğer parametreler açısından gruplar arasında fark yoktu. **Sonuç:** Çalışmamız, özgül öğrenme bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde kontrol grubuna göre düşük sağ göz superior nazal kadran retina sinir lifi tabakası kalınlığını göstermektedir. Ancak göz içi basıncı ve diğer retina bulguları açısından gruplar arasında fark yoktu. Özgül öğrenme bozukluğundaki retina bulgularının topluma genellenebilmesi için daha büyük örneklemli boylamsal çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Sözcükler: Koroid kalınlığı, göz içi basıncı, makula kalınlığı, retina sinir lifi tabakası, özgül öğrenme bozukluğu.

(Turkish J Clinical Psychiatry 2022;25:350-355)

DOI: 10.5505/kpd.2022.34545

INTRODUCTION

Specific Learning Disorder (SLD); is a neurodevelopmental disorder that arises due to genetic, epigenetic and various environmental factors. SLD negatively affects the brain's ability to perceive and process verbal or non-verbal information efficiently (1). The frequency of SLD is determined to be 5-15% depending on the applied diagnostic criteria and the design of study (1, 2). Although SLD is a common disorder in childhood, its etiology has not been clearly established. However, it has been reported in clinical and epidemiological studies that the disorder shows high heritability (3). In genetic studies performed in individuals with SLD, it has been shown that blocking the expression of candidate genes that may contribute to its etiology results in the interruption of neuronal migration and axon guidance (4). In addition, the researchers found that the brain structures of individuals with SLD differed compared to healthy individuals. Findings in the studies include a decrease in planum temporale symmetry, and a decrease in gray matter in the posterior temporal, occipitotemporal, temporoparietal and cerebellar areas (5). In Diffusion Tensor Imaging studies, it was stated that there were structural changes in the white matter in the left temporoparietal and left inferior parietal gyrus regions, and these variations correlated with reading problems. In addition, it has been demonstrated in relation to SLD that an occipitotemporal region referred to as "visual word-form area" participates in whole word recognition function (6). The common point in the above-mentioned studies is that SLD is a biological disorder affecting brain structures.

The retinal layer of the eye originates from the anterior tube during the development process of the brain and is an extension of the central nervous system. Due to this property, it is named as the brain's window to the outside world (7). Optical Coherence Tomography (OCT) has been used in various disciplines in recent years due to its non-invasiveness and rapid assessment of biological tissue layers. Retinal changes that occur particularly during the course of neurodegenerative diseases (Alzheimer's disease, Parkinson's disease and Multiple Sclerosis, etc.) were investigated using OCT (8-10). In addition, OCT has also been used

to demonstrate the ocular findings of psychopathologies. It has been stated that retinal neurodegeneration occurs in the course of bipolar affective disorder (BAD) and these findings may show progressive changes during the disease course (11). In the study of Polat et al involving the comparison of OCT values between obsessive compulsive disorder (OCD) and controls, no reduction in retinal nerve fiber layer (RNFL) thickness in OCD cases was found but it was suggested that choroidal thickness may serve important purpose in determining the etiopathogenesis of the disease or in the follow-up of the neurodegenerative condition (12).

Following the detection of changes in OCT parameters in neurodegenerative diseases and psychiatric disorders, research involving OCT in childhood neurodevelopmental diseases have also gained momentum. In the study conducted by Garcia-Medina et al in individuals with autism spectrum disorder (ASD), it was found that these individuals had greater macular and RNFL thickness, increased macular vascular density and macular perfusion compared to controls (13). Hergüner et al in their study comparing children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and controls in terms of OCT values reported lower nasal RNFL thicknesses in ADHD cases than the controls. It was stated that these findings support the evidence that ADHD involves cortical maturation lag, and this can be measured using retinal findings (14).

A decrease in RNFL and other retinal layer thicknesses in SLD, a neurodevelopmental disorder, was the hypothesis of our study and our speculations were based on previous studies and the above-mentioned concepts. For this purpose, our study aimed to compare and contrast SLD cases with a control group in terms of OCT values. To our knowledge, this is the first study reporting on OCT parameters in children and adolescents with SLD.

METHOD

Participants and procedure

A total of 63 children and adolescents aged between 8-18 years, 30 of them in the case group

and 33 in the control group, were included in the study. The case group consisted of individuals who were already being followed up for or newly diagnosed with SLD in the child and adolescent psychiatry outpatient clinic. The control group consisted of people who were evaluated in the child psychiatry outpatient clinic and had no psychopathological condition or those who visited the ophthalmology clinic for a routine eye examination. Those with concomitant psychopathologies such as ADHD, depression and anxiety disorder were not included in the case group. Individuals on medication usage, known neurological, metabolic, endocrinological etc. diseases, ocular diseases such as glaucoma, retinopathy, or with refractive errors of ± 1 diopters and above were also excluded from the study.

The case and control groups were assessed using 'Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia School-Age Children-Present and Lifetime Version Form-DSM-5 Turkish Version (K-SADS-PL-DSM-5-T)' (15) for diagnostic interview. In the clinical interview, the patients were evaluated according to The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5). The intelligence level of the case group was evaluated with the WISC-R test. The WISC-R test was applied to those who did not have the intelligence test, but those who had the test within the last year were not asked to retest. Cases with an IQ level of 80 and above as a result of the test were included in the study. During the psychiatric interview, the parents of the case and control groups were asked to fill in a sociodemographic data form. Subsequently, the case and control group were directed to the ophthalmological department for an eye examination.

Ocular Examination

After a routine eye examination, OCT was performed on the participants to evaluate retinal findings (RNFL, central macular and choroidal thickness). Single-layer retinal analysis was performed with commercial spectral domain OCT (SD-OCT) (Spectralis; Heidelberg Engineering, Heidelberg, Germany) with a approximately 840-nm wavelength. Choroidal thickness was measured using a SD-OCT device (Spectralis: wavelength, 870 nm;

Heidelberg Engineering, Germany) with an enhanced depth-imaging mode after pupil dilation. The OCT images were assessed by same ophthalmologist.

Statistical Analyses

SPSS 22.0 package program was used for statistical analysis. Variables were evaluated for normal distribution using the Kolmogorov Smirnov and visual methods (histograms and probability plots). Average and standard deviation were used for normally distributed variables for descriptive statistics. Student t test was used to evaluate the differences in parametric data. MannWhitney U test was used to evaluate non-parametric data. Chi square test was used to evaluate categorical data. p value $<0,05$ was considered statistically significant.

Ethics Statement

This prospective case-control study was conducted between December 1, 2019 and October 31, 2020 upon obtaining the approval of Ethics Committee (Date: 01.11.2019, Protocol Number: 2019/2151). Participants were provided with information according to the Declaration of Helsinki before they enrolled in the study. Written consent was obtained from those gave their consent.

RESULTS

The study involved a total of 63 children and adolescents: 30 (10 girls / 20 boys) in the case group and the 33 participants (14 girls / 19 boys) in the control group. The mean age of the case group was 9.76 ± 2.26 years, and that of the control group was $9,78 \pm 2,36$ years. The two groups did not differ significantly in gender and age ($p = 0,458$, $p = 0,971$, respectively). The characteristics of the patient education received by the case group regarding SLD were recorded. The average age of children starting special education was determined to be $8,19 \pm 1,93$ years and the average duration of education was 2 hours / week. Results are provided in Table 1. Subsequently, the case and control groups were compared in terms of RNFL, central macular thickness, and choroidal thickness. Superior nasal

Tables

Table 1: Investigation of SLD cases in relation to the education they received

	n	%
Reason of visit		
Treatment and Follow-up	7	23,3
Medical report	23	76,7
Special education		
Present	21	70
Absent	9	30
Inclusive education at school		
Present	19	36,7
Absent	11	63,3
Benefit from special education		
Little	3	14,3
Moderate	6	28,6
Substantial	9	42,9
Very substantial	3	14,3
Source of information on SLD		
Child and adolescent psychiatry	13	61,9
Private educational institution	10	47,6
Internet/Social media	5	23,8
Other families with SLD	2	9,5

quadrant RNFL thickness for the right eye in the SLD group was significantly lower than the control group ($p = 0,012$). There was no statistically significant difference between the case and control groups in terms of other variables. Results are given in Table 2.

Table 2: Comparison of the case and control groups in terms of IOP and OCT values

Variable	Case Group (n=30) Mean-SD	Control Group (n=33) Mean-SD	P value
Right IOP	15,73-2,79	15,03-1,89	0,243
Left IOP	15,43-2,77	14,87-1,55	0,326
Right santral macular thickness	216,73-12,39	217,45-11,89	0,814
Left santral macular thickness	218,30-11,75	217,66-12,53	0,837
Right choroidal thickness	317,60-47,78	317,36-56,71	0,986
Left choroidal thickness	329,60-57,35	315,84-59,46	0,355
Right RNLF			
Nasal Superior	102,73-16,32	113,39-16,13	0,012*
Nasal	79,86-13,35	75,42-13,38	0,193
Nasal Inferior	113,73-21,76	116,33-21,97	0,639
Temporal Inferior	140,56-17,62	141,60-16,91	0,812
Temporal	74,73-10,80	78,21-10,70	0,205
Temporal Superior	142,30-22,91	143,66-20,49	0,804
Global	101,03-9,58	102,75-8,18	0,444
Left RNFL			
Nasal Superior	134,63-19,55	140,96-18,78	0,195
Nasal	71,50-9,35	74,72-11,85	0,238
Nasal Inferior	140,50-26,05	146,45-22,67	0,336
Temporal Inferior	114,56-22,58	113,87-20,88	0,900
Temporal	80,13-15,83	74,57-14,26	0,148
Temporal Superior	116,46-19,39	123,45-23,40	0,204
Global	101,20-9,46	123,45-23,40	0,450

IOP: Intraocular Pressure, RNFL: Retinal Nerve Fiber Layer

DISCUSSION

In this prospective case-control study, individuals with SLD were compared with healthy controls in terms of intraocular pressure (IOP) and retinal findings. As a result of statistical analysis, regardless of variables such as gender or age, individuals with SLD were found to have lower right eye superior nasal RNFL quadrant thickness than controls. IOP, choroidal thickness and central macular thickness were not significantly different between the groups.

In recent years, there are many studies designed for addressing the ocular symptoms of psychopathologies. In studies on patients with psychotic and mood disorders, the decrease in RNFL thickness was interpreted as an indicator of the progressive neurodegeneration seen in these disorders. It has been stated that OCT can be used in the diagnosis and follow-up of these diseases (11,16,17). Hergüner et al compared 45 children with ADHD with 45 healthy controls in terms of RNFL, macular thickness and macular volume, and reported a decrease in RNFL thickness only in the nasal quadrant in the case group. It was suggested that this may be caused by lag in cortical development in ADHD (14). However, in a study by Işık et al comparing ocular findings of ADHD cases who received treatment with ADHD patients who did not receive treatment and healthy controls indicated no significant difference in RNFL between the groups (18). In this study, only global RNFL measurement was made. In our study, we found a significant decrease in thickness in the nasal superior RNFL quadrant in children and adolescents with SLD as compared to healthy controls. Our study differs from other studies in the sense that it compares RNFL measurements for both the right and left eyes separately in 7 distinct quadrants. However, the variation detected only in a single quadrant may suggest that SLD is more of a neurodevelopmental disorder rather than a global neurodegenerative disease.

Another parameter evaluated in neurodevelopmental disorders is macular thickness. In studies on ADHD conducted by Hergüner et al and Işık et al, no difference was detected in macular thickness

between the groups (14, 18). However, in contrast to above-mentioned studies, studies by Sánchez-Guillén et al and Atas et al found a lower central macular thickness in an ADHD group (19, 20). In a study conducted on autism spectrum disorder, another neurodevelopmental disorder, higher macular thickness was found in individuals with ASD compared to controls (21). In our study, no difference was found in the right and left eye central macular thickness between SLD cases and the control group. This suggests that SLD may have a different disease mechanism compared to other neurodevelopmental disorders.

In a study comparing children with anxiety disorder and controls, it was found that central choroidal thickness was higher in the group with anxiety disorder (22). Similarly, choroidal thicknesses were found to be higher in patients with obsessive-compulsive disorder and conversion disorder (23,24). However, no difference was detected in choroidal thickness between the groups in our study. The lack of difference between the groups may be due to the small sample size or the lack of measurement for different fields.

Limitations

Our study is a strong one in terms of assessing retinal findings in a disorder that is classified as a neurodevelopmental disorder with a high prevalence. However, our findings should be interpreted while

taking the limitations into consideration. The limitations of our study include the cross-sectional nature of the study and the relatively small sample size. In addition, the fact that accompanying disorders such as attention deficit hyperactivity disorder were excluded from the study and these disorders were not studied can be counted among the limitations.

CONCLUSION

In conclusion, our study indicates a lower right eye superior nasal RNFL quadrant thickness in children and adolescents with SLD as compared to controls. However, there was no difference between the groups in terms of IOP and other retinal findings. Longitudinal studies with larger samples are needed in order to generalize retinal findings in individuals with SLD to the general population.

Conflicts of interest: The authors declare that they have no conflict of interest.

Correspondence address: M.D., Aziz Kara , Department of Child and Adolescent Psychiatry, Afyonkarahisar Health Sciences University Afyonkarahisar - Türkiye
aziz.kara@afsu.edu.tr

REFERENCES

1. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub, 2013.
2. National Academies of Sciences Engineering and Medicine. Mental disorders and disabilities among low-income children: National Academies Press; 2015.
3. Petryshen TL, Pauls DL. The genetics of reading disability. *Curr Psychiatry Rep* 2009;11(2):149-155.
4. Carrion-Castillo A, Franke B, Fisher SE. Molecular genetics of dyslexia: an overview. *Dyslexia* 2013;19(4):214-240.
5. Linkersdörfer J, Lonnemann J, Lindberg S, Hasselhorn M, Fiebach CJ. Grey matter alterations co-localize with functional abnormalities in developmental dyslexia: an ALE meta-analysis. *PLoS One* 2012;7(8):e43122.
6. Peterson RL, Pennington BF. Developmental dyslexia. *Lancet* 2012;379(9830):1997-2007.
7. Schönfeldt-Lecuona C, Kregel T, Schmidt A, Pinkhardt EH, Lauda F, Kassubek J, Connemann BJ, Freudenmann RW, Gahr M. From imaging the brain to imaging the retina: optical coherence tomography (OCT) in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2016;42(1):9-14.
8. Ferrari L, Huang S-C, Magnani G, Ambrosi A, Comi G, Leocani L. Optical coherence tomography reveals retinal neuroaxonal thinning in frontotemporal dementia as in Alzheimer's disease. *J Alzheimers Dis* 2017;56(3):1101-1107.
9. Lee J-Y, Ahn J, Kim TW, Jeon BS. Optical coherence tomography in Parkinson's disease: is the retina a biomarker? *J Parkinsons Dis* 2014;4(2):197-204.
10. Pérez del Palomar A, Cegoñino J, Montolío A, Orduna E, Vilades E, Sebastián B, Pablo LE, Garcia-Martin E. Swept source optical coherence tomography to early detect multiple sclerosis disease. The use of machine learning techniques. *PLoS One* 2019;14(5):e0216410.
11. Kalenderoglu A, Sevgi-Karadag A, Celik M, Egilmez OB, Han-Almis B, Ozen ME. Can the retinal ganglion cell layer (GCL) volume be a new marker to detect neurodegeneration in

- bipolar disorder? *Compr Psychiatry* 2016;67:66-72.
12. Polat S, Gediz BS, Ercan AC, Kaim M, Hocaoglu C. The Place of Optical Coherence Tomography in Patients with Obsessive Compulsive Disorder. *Eurasian J Med* 2019;51(3):237.
13. Garcia-Medina JJ, Rubio-Velazquez E, Lopez-Bernal MD, Parraga-Muñoz D, Perez-Martinez A, Pinazo-Duran MD, Del-Rio-Vellosillo M. Optical Coherence Tomography Angiography of Macula and Optic Nerve in Autism Spectrum Disorder: A Pilot Study. *J Clin Med* 2020;9(10):3123.
14. Hergüner A, Alpıdan İ, Yar A, Erdoğan E, Metin Ö, Sakarya Y, Hergüner S. Retinal nerve fiber layer thickness in children with ADHD. *J Atten Disord* 2018;22(7):619-626.
15. Unal F, Oktem F, Cetin Cuhadaroglu F, Cengel Kultur SE, Akdemi D, Foto Ozdemir D, Tuna Cak H, Unal D, Tiras K, Aslan C, Kalayci BM, Aydos BS, Kutuk F, Tasyurek E, Karaokur R, Karabucak B, Karakok B, Karaer Y, Artik A. Reliability and Validity of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, DSM-5 November 2016-Turkish Adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T). *Turk Psikiyatri Derg* 2019;30(1):42-50.
16. Pan J, Zhou Y, Xiang Y, Yu J. Retinal nerve fiber layer thickness changes in Schizophrenia: A meta-analysis of case-control studies. *Psychiatry Res* 2018;270:786-791.
17. Yıldız M, Alim S, Batmaz S, Demir S, Songur E, Ortak H, Demirci K. Duration of the depressive episode is correlated with ganglion cell inner plexiform layer and nasal retinal fiber layer thicknesses: optical coherence tomography findings in major depression. *Psychiatry Res Neuroimaging* 2016;251:60-66.
18. Işık Ü, Kaygisiz M. Assessment of intraocular pressure, macular thickness, retinal nerve fiber layer, and ganglion cell layer thicknesses: ocular parameters and optical coherence tomography findings in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Braz J Psychiatry* 2020;42(3):309-313.
19. Sánchez-Guillén I, Almorín-Fernández-Vigo I, Fernández-Vigo J, de-Pablo-Gómez-de-Liaño L, Kudsieh B, Fernández-Vigo J. Assessment of changes in the macula and optic nerve head using optical coherence tomography in patients with attention deficit hyperactivity disorder. *Arch Soc Esp Oftalmol* 2020;95(6):271-278.
20. Atas PU, Ceylan O, Dönmez Y, Özcan OO. Ocular findings in patients with attention deficit and hyperactivity. *Int Ophthalmol* 2020;40(11):3105-3113.
21. García-Medina JJ, García-Piñero M, Del-Río-Vellosillo M, Fares-Valdivia J, Ragel-Hernández AB, Martínez-Saura S, Carcel-Lopez MD, Zanon-Moreno V, Pinazo-Duran MD, Villegas-Perez MP. Comparison of Foveal, Macular, and Peripapillary Intraretinal Thicknesses Between Autism Spectrum Disorder and Neurotypical Subjects. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2017;58(13):5819-5826.
22. Ayyildiz D, Ayyildiz T. Central choroidal thickness in children and adolescents with anxiety disorders: enhanced depth imaging optical coherence tomography findings. *Int J Ophthalmol* 2020;13(10):1580-1585.
23. Ozen ME, Kalenderoglu Y, Karadag AS, Orum MH. Comparison of optic coherence tomography results in patients diagnosed with OCD: findings in favor of neurodegeneration. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2019;20(2):166-175.
24. Karadag AS, Kalenderoglu A, Orum MH. Optical coherence tomography findings in conversion disorder: are there any differences in the etiopathogenesis of subtypes? *Arch Clin Psychiatry* 2018;45(6):154-160.

Yaşlı bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu: Prevalans ve klinik özellikler

Attention deficit hyperactivity disorder in elderly individuals: Prevalence and clinical features

Şilan Şenbayram Güzelbaba¹, Lut Tamam², Mehmet Emin Demirkol³, Zeynep Namlı⁴, Mahmut Onur Karaytuğ⁴, Caner Yeşiloğlu⁵

¹Uzm. Dr., Ömer Halisdemir Üniversitesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri AD, Niğde, <https://orcid.org/0000-0003-4196-0254>

²Prof. Dr., ³Doç. Dr., Çukurova Üniversitesi, ⁴Dr. Öğr. Üyesi, ⁵Uz. Dr., Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Adana, <https://orcid.org/0000-0002-9750-7531>, <https://orcid.org/0000-0003-3965-7360>, <https://orcid.org/0000-0001-8954-5901>, <https://orcid.org/0000-0002-6338-219>, <https://orcid.org/0000-0002-9997-351X>

ÖZET

Amaç: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) yaşlılarda çocuk ve genç erişkinlerden farklı bulgularla karşımıza çıkmaktadır. İleri yaşlarda tanı atlanmakta ya da yanlış tanımlar nedeniyle hastalar çoklu ilaç kullanımına maruz kalmaktadır. Bu durum işlevsellikte bozulmaya ve mali yüke neden olmaktadır. Çalışmamız yaşlılarda DEHB sıklığını ve klinik özelliklerini belirlemeyi amaçlamaktadır. **Yöntem:** Çalışmanın örneklemini psikiyatri polikliniğine tedavi amacıyla başvuran 65 yaş ve üzeri 70 hasta (klinik örneklem) ve hastalar ile benzer sosyodemografik özellikler gösteren 70 sağlıklı kontrol oluşturmaktadır. DEHB tanısı klinik görüşme, aile görüşmesi ve Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ), Erişkin DEHB Özbildirim Ölçeği (ASRS) uygulamaları ile konuldu. Ek tanıların belirlenmesinde DSM-5 Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi-Klinik Versiyonu (SCID-5-CV), dürtüselliğin değerlendirilmesinde Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ-11) kullanıldı. **Bulgular:** Klinik örnekleme DEHB prevalansı çocukluk çağında %26, erişkin dönemde %11'dir. Kontrol grubunda çocukluk çağı DEHB (Ç-DEHB) prevalansı %4.2'dir ve erişkin dönemde DEHB (E-DEHB) tanısı saptanmadı. Klinik örnekleme E-DEHB tanısı olanların olmayanlara göre BDÖ-11-motor dürtüsellik alt ölçek puanı anlamlı derecede yüksekti ($p=0.04$). Klinik örnekleme BDÖ-11-toplam ve tüm alt ölçek puanları Ç-DEHB tanısı alanlarda olmayanlara göre anlamlı derecede yüksekti ($p<0.05$ her biri için). **Sonuç:** Bu çalışma daha önce psikiyatrik tanı alan yaşlı bireylerin sağlıklı popülasyona göre daha yüksek oranda DEHB tanısı olduğunu, DEHB'nin duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozukluklarına sıklıkla eşlik ettiğini göstermiştir. Bu veriler DEHB ve diğer ruhsal bozukluklar arasında neden-sonuç ilişkisinin ya da hastalıkların etiyopatogenezinde benzerlikler olabileceğini düşündürmektedir. 65 yaş üstü klinik örnekleme DEHB semptomlarının sorgulanması, doğru tanının ve uygun tedavinin belirlenmesine katkıda bulunacaktır.

Anahtar Kelimeler: dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, dürtüsellik, geriatri, prevalans

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2022;25:356-365)

DOI: 10.5505/kpd.2022.26042

SUMMARY

Objective: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)'s clinical appearance of the older adults is different from that of children and young adults. The diagnosis is generally missed in older ages or patients are exposed to polypharmacy due to misdiagnoses. This situation causes deterioration in functionality and financial burden. Our study aims to determine the frequency and clinical features of ADHD in the elderly. **Method:** We included 70 individuals aged 65 and over, who admission in our outpatient clinic as the clinical sample, and 70 healthy volunteers as the control group who had similar sociodemographic characteristics with the clinical sample. We diagnosed ADHD with Wender Utah Rating Scale (WURS) and Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) scores, family interviews, and psychiatric interviews. We used DSM-5 Structured Clinical Interview-Clinical Version (SCID-5-CV) to identify additional diagnoses and Barratt Impulsivity Scale (BDI-11) to evaluate impulsivity. **Results:** The prevalence of childhood ADHD (C-ADHD) was 26%, and adult ADHD (A-ADHD) was 11% among the clinical sample. The prevalence of C-ADHD was %4.2, and there was no A-ADHD in the control group. The BIS-11-motor subscale score was significantly higher in those with A-ADHD than those without in the clinical sample ($p=0.04$). The BIS-11-total and all subscale scores were significantly higher with C-ADHD than those without C-ADHD in the clinical sample ($p<0.05$ for each). **Conclusion:** This study suggests that individuals with a previous psychiatric diagnosis have a higher rate of ADHD diagnosis compared to the healthy population, and ADHD often accompanies mood disorders and anxiety disorders. There may be a cause-effect relationship between ADHD and other mental disorders or similarities in the etiopathogenesis. Questioning ADHD symptoms in clinical samples over 65 years of age will contribute to determining the correct diagnosis and appropriate treatment.

Key Words: attention deficit hyperactivity disorder, geriatrics, impulsivity, prevalence

GİRİŞ

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) süreklilik gösteren, dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri ile seyreden, akademik, zihinsel, sosyal gelişimi ve işlevselliği bozan bir sendromdur (1). Geçmiş yıllarda sadece çocukluk çağı hastalığı olarak düşünülen DEHB semptomlarından bazılarının yaş ilerlemesine rağmen sürmesi, hatta bir kısmının yaşlı bireylerde de görülmesi DEHB'nin aynı zamanda erişkin hastalığı olduğunu göstermiştir (2). Çocukluk çağında tanı alan DEHB olgularının %40'nın erişkinlikte de devam ettiği, yaş ilerledikçe DEHB sıklığı azalmakla birlikte %3-4 oranında yaşlılarda da görüldüğü bildirilmiştir (3).

Okul kayıtlarına ulaşmanın zorluğu, bilgi alınabilecek aile bireyleriyle iletişim kuramama gibi etkenler yaşlılarda DEHB tanısının atlanmasına neden olabilir (4). İleri yaş grubunda eşlik eden komorbid durumların fazlalığı da tanı ve tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir (5). Yaşlılarda klinik görünümün çocuk ve genç erişkinlerden farklı olması ve DEHB tanısına spesifik bir test bulunmaması nedeniyle ileri yaşlarda tanı atlanmakta, koyulan yanlış tanımlar nedeniyle hastalar çok sayıda ilaç kullanmak zorunda kalmakta, bu durum da işlevsellikte bozulma ve ciddi bir mali yük olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşlılarda DEHB tanısının ve eşlik eden ruhsal bozuklukların doğru saptanmasının uygun tedavi seçeneklerinin belirlenmesine, morbidite ve mortalitenin azalmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir (5).

Yaşlı popülasyonun nüfus yoğunluğu giderek artmaktadır, 2030 yılına kadar genel nüfusun %20'sinin yaşlı bireylerden oluşacağı düşünülmektedir (6). Popülasyondaki bu artış geriatrik gruptaki hastalıklara olan ilgiyi de beraberinde getirmiştir. İleri yaştaki bireylerde DEHB ile ilişkili araştırma sayısı oldukça kısıtlıdır ve çalışmaların çoğu hastalıkların prevalansı üzerine yoğunlaşmıştır. Bu çalışmalarda ileri yaş DEHB prevalansı %1.4-3.6 arasında saptanmış, çocuklarda görülenin aksine cinsiyetler arasında fark saptanmamıştır (7,8).

Geriatrik popülasyonda psikiyatrik çalışma sayısı artsa da DEHB ile ilgili veriler oldukça sınırlıdır. Literatür taramasında Türkiye'de 65 yaş üzeri bireylerde, bu alanda yapılmış çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma psikiyatrik tedavi

amacıyla poliklinik başvurusunda bulunan 65 yaş ve üzeri bireylerde DEHB prevalansını belirlemeyi ve erişkin dönem DEHB (E-DEHB) tanısı olan olgularda klinik belirtileri göstermeyi amaçlamıştır. Çalışmamızın ilk hipotezi, klinik örneklemede DEHB prevalansının sağlıklı popülasyondan daha yüksek olabileceğidir. İkinci hipotezimiz ise, klinik örneklemede E-DEHB tanısı bulunan olgularda E-DEHB tanısı bulunmayanlara göre daha yüksek oranda diğer ruhsal hastalıkların görüleceğidir. DEHB'nin toplumdaki yaygınlığı hakkında çalışmalar olmakla birlikte klinik örneklemede geriatrik DEHB yaygınlığı ya da klinik görünümü ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır. Çalışmamız 65 yaş üstü bireylerde ve klinik örneklemede yürütülmesi nedeniyle literatüre katkı sağlayabilecektir. Çalışmadan elde edilecek sonuçların E-DEHB'nin klinik örneklemede yeterince tanınmasında farkındalık yaratacağı ve olguların uygun tedavi seçenekleri ile yaşam kalitesinin yükselmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

YÖNTEM

Verilerin Toplanması

Çalışma 05.06.2020 tarih ve 32 sayılı Çukurova Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı alındıktan sonra, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğinde 15.06.2020-15.09.2020 tarihleri arasında yürütüldü. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Türkiye'nin güneyinde Adana'da bulunan üçüncü basamak bir hastane olup çevre iller dahil 4 milyonluk bir nüfusa hizmet vermektedir. Çalışmanın yürütüldüğü dönemde polikliniğimize 4535 bireyin başvurduğu ve bu bireylerin 288'nin 65 yaş ve üzeri, ilk kez başvuru yapan veya polikliniğimizde herhangi bir ruhsal bozukluk tanısıyla takipli hastalar olduğu belirlendi. 65 yaş ve üzeri bireyler arasından başvuru sırasına göre 92 kişi ardışık olarak seçildi, ayrıca bu kişiler ile benzer sosyodemografik özellikler gösteren, hastane çalışanlarının yakınlarından oluşan 82 gönüllü çalışmaya dahil edildi. Tüm katılımcılar ile Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5 (DSM-5) Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinik Versiyonu (SCID-5-CV) uygulanarak, yaklaşık 50-75 dakika süren ilk görüşme yapıldı (9).

Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar (klinik örneklem) arasından 2'si zeka geriliği, 1'i akut psikotik atak, 11'i demans tanısıyla, 8'i görüşmeye uyum sağlayamama nedeniyle, kontrol grubundaki katılımcıların 3'ü yaygın anksiyete bozukluğu, 1'i major depresif bozukluk tanısıyla, 5'i ölçekleri tamamlamadığından ve 3'ü görüşmeye uyum sağlayamadığından çalışmadan çıkarıldı. Çalışma öncesinde tüm katılımcılardan yazılı onam alındı. Çalışma Helsinki Deklarasyonu'na uygun yürütüldü.

Güç Analizi

Çalışmanın örneklem büyüklüğü (güç analizi) G Power 3.1 programı aracılığı ile hesaplandı. Orta etki büyüklüğü (Cohen's $d=0.50$), 0.80 güç ve 0.05 hata payı ($p=0.05$) ile minimum örneklem büyüklüğü hasta ve kontrol grubunun her biri için 64 olmak üzere toplam 128 olarak hesaplandı. Sonuç olarak her grupta 70, toplam 140 katılımcıdan oluşan örneklem hasta ve kontrol grubu üzerinden yapılan analizler için yeterli güce ulaştığı düşünüldü.

DEHB Tanısı

Katılımcılar ile bir sonraki aşamada yüz yüze görüşme yapıldı, sosyodemografik veri formu ve ölçekler uygulandı. Görüşme sonrasında çocukluk çağı-DEHB (Ç-DEHB) tanısı düşünülen katılımcılarda tanıyı netleştirebilmek amacıyla hastaların ulaşılabilen 1.derece yakınları ile görüşülerek bilgi alındı, aile görüşmesi yapılamayanlarda ise katılımcının beyanı esas alındı. Ç-DEHB değerlendirmesinde kişinin beyanı, aile görüşmesi ile DEHB tanısı yönünde bilgi verenlerin veya Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ)'nden 36 ve üzeri puan alan bireylerin Ç-DEHB tanısı olduğu kabul edildi (10).

E-DEHB tanısı için ulaşılabilen eş ya da kardeşlerden bilgi alındı, aile görüşmesi yapılamayan katılımcılarda ise en iyi bilgi veren kaynağın kişinin kendisi olduğu göz önünde bulundurularak katılımcının beyanı esas alındı (11). E-DEHB değerlendirmesinde kişinin beyanı, aile görüşmesi ile DEHB tanısı yönünde bilgi verenlerin veya Erişkin DEHB Özbildirim Ölçeği (ASRS)'nden taralı alanlarda 4 ve üzeri alan işaretleyen katılımcıların E-DEHB tanısı olduğu kabul edildi (12).

Sosyodemografik Veri Formu

Hazırladığımız bu formda katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, mesleki durum, yaşadıkları yer gibi sosyodemografik özelliklerine ek olarak alışkanlıklar, bedensel veya ruhsal hastalık öyküsü, geçmişte özkıym girişiminde bulunma, trafik cezası, adli sorun yaşama öyküsü gibi konuları sorguladık. Kişinin ölmeyi amaçladığına dair açık kanıtlarla birlikte olan tüm eylemleri intihar girişimi olarak değerlendirildi (13). Ayrıca Türk Ceza Kanunu 5326 sayılı kaba-hatlar kanunu kapsamındaki ve hukuki yapılar tarafından sonucu ceza ya da güvenlik tedbirine bağlanan eylemler adli sorun olarak değerlendirilmiştir (14).

DSM-5 Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi-Klinik Versiyonu (SCID-5-CV)

Bu yapılandırılmış görüşme 10 modül içermektedir, tanısal kategorileri detaylı tanı ölçütleri ve araştırmacı sorularıyla sorgulamaktadır. SCID-5'in içeriğinde ilk modül, duygudurum dönemleri; ikinci modül, psikoz belirtileri ve eşlik eden belirtiler; üçüncü modül, psikozla giden bozukluklar; dördüncü modül, yine duygudurum bozuklukları; beşinci modül, madde kullanım bozuklukları; altıncı modül, kaygı bozuklukları; yedinci modül, travma sonrası stres bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk; sekizinci modül, erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu; dokuzuncu modül, diğer bozukluklar için tarama; onuncu modül ise, uyum bozukluğu olarak yer almaktadır. Bilgi kaynağı olarak, hastanın kendisi, ailesi ve yakınları, tıbbi kayıtlar/belgeler ve sağlık ekibi kabul edilmektedir (9). Türkçe versiyonunun görüşmeciler arası güvenilirliğinde kappa katsayıları 0.65 ile 1.00 arasında saptanmıştır (15).

Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

DSM-IV-TR'deki DEHB semptomlarını içeren bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek soruları DEHB semptomlarının son altı aydaki sıklığını belirlemeye yöneliktir. Sorular asla-çok sık (0-4) arasında puanlanmaktadır (6). Ölçeğin taralı alanlarında 4 ya da daha fazla alanın işaretli olması DEHB tanısı açısından anlamlı kabul edilmekte ve ileri inceleme önerilmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonucunda ASRS'nin geneli için Cronbach alpha kat sayısı 0.88, alt boyutlarına bakıldığında dikkat eksikliği için 0.82 ve hiperaktivite/dürtüsellik için 0.78 olarak bulunmuştur (16).

Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ)

Çocukluk çağı DEHB belirtilerini erişkinlerde değerlendirmek için geliştirilmiştir. Ölçeğin orijinal versiyonu 61 maddeden oluşurken, daha sonra DEHB hastalarını sağlıklı kontrol grubundan ayırabilen 25 maddelik forma dönüştürülmüştür. Beşli Likert tipinde 0 ile 4 arasında puanlanan bir öz bildirim ölçeğidir [10]. Ölçeğin Türkçe versiyonunun Cronbach alfa katsayısı 0.93, madde toplam puan korelasyonları 0.31-0.75 arasında, test tekrar test korelasyonu (toplam puan) 0.81 saptanmıştır. Kesme noktası olarak 36 puan ve üzeri alındığında; özgüllük % 90.8, duyarlılık % 82.5 saptanmıştır (17).

Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11)

Otuz madde ve üç alt ölçekten oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Alt ölçekler; dikkat (bilişsel düzensizlik ve dikkatsizlik), motor (sabırsızlık, motor dürtüsellik) ve plan yapmama (bilişsel karışıklığa tahammülsüzlük, kontrolünü sağlayamama) üzerinedir. Toplam puan arttıkça dürtüsellik düzeyi artmaktadır (18). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı toplam puan için 0.82, dikkat dürtüsellliği için 0.64, motor dürtüsellik için 0.70 ve plan yapmama alt ölçeği için 0.80 olarak belirlenmiştir (19).

Standardize Mini Mental Test (SMMT)

Kognitif bozuklukların saptanmasında, seyri ve tedaviye yanıtının izlenmesinde kullanılan, klinisyen tarafından uygulanan bir testtir. Hatırlama ve lisan, yönelim, kayıt hafızası, hesaplama ve dikkat olmak üzere beş temel başlık altında on bir madde yer almakta ve 30 puan üzerinden değerlendirilmektedir [20]. Türkçe uyarlama çalışmasında, SMMT'nin toplam puanının kontrol grubu ve hafif demans arasında kesme puanı 23/24 kabul edildiğinde 0.91 duyarlılık, 0.95 özgüllük; sırasıyla 0.90 pozitif yordayıcı, 0.95 negatif yordayıcı değer ve 0.86 kappa değeri gösterdiği bulunmuştur. SMMT'in Türk toplumundaki ideal eşik değerinin 23/24 olduğu ve hafif demans tanısında güvenilir ve geçerli olduğu saptanmıştır [21]. Bu değer eşik kabul edildiğinde yanlış pozitiflik oranı %10, yanlış negatiflik oranı %5, pozitif doğruluk oranı %90 saptanmış olup bu sonuçlar literatür ile uyum göstermektedir. Bu çalışmada 24 ve üzeri puan alanların bilişsel işlevlerinin yeterli olduğu kabul edildi.

Eğitimsizler için Mini Mental Test (SMMT-E)

SMMT'nin eğitimsizler için olan, klinisyen tarafından uygulanan versiyonudur. Yönelim, kayıt belleği, dikkat, geri çağırma, dil ve görsel-mekânsal yetenekler bölümlerinden oluşur. 0-30 puan arasında değerlendirilir. 23 ve daha düşük puanlar kognitif etkilenme göstergesi olarak kabul edilmektedir. SMMT-E toplam puan iç tutarlılık kat sayısı 0.70 olarak hesaplanmıştır (22).

İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde IBM SPSS 25 programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenlerde yüzde ve sayı olarak özetlendi. Grupların normal dağılım gösterip göstermediği çarpıklık ve basıklık değerleri ile kontrol edildi. Değerler -1.5 ile +1.5 arasında olduğu zaman grubun normal dağılımda olduğu kabul edildi (23). Sürekli değişkenler normal dağılım gösterdiği durumlarda ortalama $\pm$ standart sapma, normal dağılım göstermediği durumlarda sıra ortalaması olarak verildi. Gruplara göre yapılan karşılaştırmalarda kategorik değişkenler arasındaki farklılıkların değerlendirmesinde çaprazlık tablosundaki her hücrede beşten küçük değer bulunmadığı durumlarda Ki-kare testi, beşten küçük değer bulunduğu Fisher's exact testi kullanıldı. Ki-kare testi uygulanan durumlarda dağılım süreklilik göstermediğinde Yates düzeltmesi yapıldı (24). İki bağımsız grup arasındaki ortalamaların karşılaştırılmasında verilerin normal dağılım göstermediği durumlarda Mann Whitney U testi, normal dağılım gösterdiği durumlarda bağımsız gruplar t testi uygulandı. Katılımcıların yaş, eğitim yılı ve ölçeklerden elde edilen sürekli değişkenlerin dağılımının normal olmadığı durumlarda Spearman Rho korelasyon katsayısı kullanıldı. Sonuçlar odds oranı ile birlikte %95 Wald güven aralığı şeklinde verildi. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Polikliniğimize tedavi amacıyla başvuran hastalar (klinik örneklem) ile kontrol grubundaki katılımcılar yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşanan yer, eğitim süresi ve çalışma durumu açısından benzerdi ($p > 0.05$, her biri için). Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Klinik örneklemin 19'unun (%27.1) major depresif

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

	Klinik örneklem grubu	Kontrol grubu	
Cinsiyet n (%)			$\chi^2=0.459$
Kadın	39 (%55.7)	35 (%50)	$p=0.49$
Erkek	31 (%44.3)	35 (%50)	
Medeni durum n (%)			$\chi^2=0.05$
Evli	60 (%85.7)	58 (%82.9)	$p=0.82^*$
Bekâr/dul/boşanmış/h iç evlenmemiş	10 (%14.3)	12 (%17.1)	
Yaşadıkları yer n (%)			$\chi^2=0.59$
İl merkezi	54 (%77.1)	49 (%70)	$p=0.44^*$
İl merkezinden küçük	16 (%22.9)	21 (%30)	
Çalışma Durumu n (%)			$p=0.17^{**}$
Çalışıyor	2 (%2.9)	7 (%10)	$p=0.22$
Çalışmıyor/emekli	68 (%97.1)	63 (%90)	
Yaş ort±SS	67.29±3.56	68.09±4.17	$p=0.25$
Eğitim süresi ort±SS	6.39±4.38	7.30±4.86	

*Yates's düzeltmesi, **: Fisher's Exact test, ort±SS: ortalama standart sapma

bozukluk, 7'sinin (%10) bipolar bozukluk, 28'inin (%40) anksiyete bozukluğu, 1'inin (%1.4) obsesif kompulsif bozukluk, 15'inin (%21.5) diğer ruhsal hastalıklar ile takipli olduğu görülmüştür.

Klinik örneklemde 70 hastanın 18'ine (%26), kontrol grubunda 70 katılımcının 3'üne (%4.2) Ç-DEHB tanısı koyulmuştur. Klinik örneklemde %11 oranında E-DEHB tanısı belirlenmiştir. Ç-DEHB tanısı alan klinik örneklemdeki 18 kişiden 8'inin (%44) erişkin dönemde tanısının devam ettiği saptanmıştır. Kontrol grubundan 3 katılımcıya Ç-DEHB tanısı konmuş ancak hiçbirinde E-DEHB saptanmamıştır.

Klinik örneklemde Ç-DEHB tanısı alan ve almayan hastaların genel klinik özellikleri karşılaştırıldığında, mevcut ruhsal hastalık tanısı açısından aralarında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.07$). Ç-DEHB tanısı olanların yaşam boyu en az bir kez özkiyım girişiminde bulunma oranı ($p=0.03$), adli sorun yaşama oranı ($p=0.04$) ve geçmişte trafik cezası alma oranı ($p=0.03$) Ç-DEHB tanısı olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (Tablo-2).

Klinik örneklemde Ç-DEHB tanısı alan ve almayan hastaların ölçek puanları karşılaştırıldığında, ASRS-a ve b, BDÖ-11-motor dürtüsellik, dikkatsizlik ve plan yapamama alt ölçek ortalama puanları ve BDÖ-11 toplam puan sıra ortalaması Ç-DEHB tanısı olanlarda olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ($p<0.05$ her biri için). (Tablo-3).

Tablo 2. Klinik örneklemde Ç-DEHB tanısı ve klinik özelliklerin ilişkisi

	Ç-DEHB tanısı alanlar (n=18)	Ç-DEHB tanısı almayanlar (n=52)	
Mevcut psikiyatrik tanısı (%)			
Major depres-y bozukluk	9 (%50)	10 (%19.2)	$\chi^2=7.06$
Bipolar bozukluk	1 (%5.6)	6 (%11.5)	
Anksiyete bozukluğu	4 (%22.2)	24 (%46.2)	$p=0.07$
Diğer	4 (%22.2)	12 (%23.1)	
Özkiyım/kendine zarar verici davranış n (%)			$p=0.03^*$
Var	7 (%38.9)	6 (%11.5)	$p=0.04^*$
Yok	11 (%61.1)	46 (%88.5)	
Bugüne kadar yaşanmış adli sorun n (%)			$p=0.04^*$
Var	7 (%38.9)	8 (%15.4)	$p=0.03^*$
Yok	11 (%61.1)	44 (%84.6)	
Trafik cezası n (%)			$p=0.03^*$
Var	8 (%44.4)	9 (%17.3)	$p=0.03^*$
Yok	10 (%55.6)	43 (%82.7)	

*Fisher's Exact test, istatistiksel olarak anlamlı değerler koyu belirtilmiştir ($p<0.05$). Ç-DEHB: çocukluk çağı dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu

Klinik örneklemde Ç-DEHB tanısı olup erişkin dönemde DEHB (E-DEHB) tanısı alan ve almayan hastaların genel klinik özellikleri karşılaştırıldığında, mevcut ruhsal hastalık tanısı açısından aralarında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.58$). E-DEHB tanısı olanlarla almayanlar arasında yaşam boyu en az bir kez özkiyım girişiminde bulunma oranı ($p=0.63$), adli sorun yaşama oranı ($p=0.98$) ve geçmişte trafik cezası alma oranı ($p=0.99$) açısından anlamlı farklılık belirlenmemiştir (Tablo-4).

Klinik örneklemde Ç-DEHB tanısı olup erişkin dönemde DEHB (E-DEHB) tanısı alan ve almayan hastaların ölçek puanları karşılaştırıldığında, E-

Tablo 3. Klinik örneklemde Ç-DEHB tanısı alan ve almayan hastaların ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Ç-DEHB tanısı alanlar	Ç-DEHB tanısı almayanlar	
ASRS_a (ort.±SS)	10.78±5.24	6.73±3.78	$t=3.02$ $p=0.006$
ASRS_b (ort.±SS)	24.44±7.96	14.19±7.75	$t=4.81$ $p<0.001$
BDÖ-11-dikkat (ort.±SS)	19.33±4.14	15.13±4.51	$t=3.47$ $p=0.001$
BDÖ-11-motor (ort.±SS)	20.83±5.35	16.67±3.60	$t=3.07$ $p=0.006$
BDÖ-11-plan (ort.±SS)	27.94±6.00	23.08±5.34	$t=3.23$ $p=0.002$
BDÖ-11-toplam (sıra ort.)	51.67	29.90	$u=177$ $z=3.91$ $p<0.001$

ASRS_a ve b: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özbebildirim Ölçeği, a ve b, BDÖ-11: Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11, Ç-DEHB: çocukluk çağı dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, istatistiksel olarak anlamlı değerler koyu belirtilmiştir ($p<0.05$), ort±SS: ortalama standart sapma, sıra ort.: sıra ortalaması.

Tablo 4. Klinik örnekleme E-DEHB tanısı ve klinik özelliklerin ilişkisi

	E-DEHB tanısı alanlar (n=8)	E-DEHB tanısı almayanlar (n=10)	
Mevcut psikiyatrik tanısı (%)			
Major depresif bozukluk	5 (%62.5)	4 (%40)	$\chi^2=1.10$
Anksiyete bozukluğu	1 (%12.5)	3 (%30)	$p=0.58$
Diğer	2 (%25)	3 (%30)	
Özüm/kendine zarar verici davranış (%)			$p=0.63$
Var	4 (%50)	3 (%30)	
Yok	4 (%50)	7 (%70)	
Bugüne kadar yaşanmış adli sorun (%)			$p=0.98$
Var	3 (%37.5)	4 (%40)	
Yok	5 (%62.5)	6 (%60)	
Trafik cezası (%)			$p=0.99$
Var	4 (%50)	4 (%40)	
Yok	4 (%50)	6 (%60)	

E-DEHB: Erişkin dönem Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DEHB tanısı alan kişilerde almayanlara göre BDÖ-11-motor dürtüsellik alt ölçeği ($p=0.04$) ve ASRS-a ölçeği ($p<0.001$) ortalama puanı anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. BDÖ-11-toplam puanı, dikkatsizlik ve plan yapamama alt ölçek puanları sıra ortalaması ve ASRS-b ölçeği, WUDÖ ortalama puanı E-DEHB tanısı alanlarda daha yüksek olmakla birlikte sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildir (her biri için $p>0.05$) (Tablo-5).

Klinik örnekleme Ç-DEHB tanısı olanların olmayanlara göre alkol kullanım oranı anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (%16.7 & %1.9, $p=0.05$). E-DEHB tanılı hastalar arasında alkol kullanma oranı (%25), E-DEHB tanısı olmayanlara (%10) göre yüksek saptanmasına rağmen gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.56$). Sigara kullanımı açısından Ç-DEHB tanısı olanlar ve olmayanlar (%27.8 & %21.2, $p=0.54$) ile E-DEHB tanısı olanlar ve olmayanlar (%25 & %30, $p=1$) arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 5. Klinik örnekleme E-DEHB tanısı alan ve almayan hastaların ölçek puanlarının karşılaştırılması

	E-DEHB tanısı alanlar	E-DEHB tanısı almayanlar	
ASRS_a (ort.±SS)	15.12±3.68	7.30±3.33	$p<0.001$
ASRS_b (ort.±SS)	28.12±6.83	21.50±7.86	$p=0.07$
WUDÖ (ort.±SS)	49.50±8.70	46.10±12.58	$p=0.52$
BDÖ-11-motor (ort.±SS)	23.63±5.07	18.60±4.65	$t=2.19$ $p=0.04$ $u=30.5$
BDÖ-11-dikkat (sıra ort.)	10.69	8.55	$z=-0.85$ $p=0.41$
BDÖ-11-plan (sıra ort.)	11.44	7.95	$z=-1.39$ $p=0.17$ $u=24.5$
BDÖ-11-toplam (sıra ort.)	11.44	7.95	$z=-1.38$ $p=0.17$

ASRS_a ve b: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özbeğirir Ölçeği_a ve b, WUDÖ: Wender Utah Derecelendirme Ölçeği, BDÖ-11: Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11. İstatistiksel olarak anlamlı değerler koyu belirtilmiştir ($p<0.05$), ort±SS: ortalama standart sapma, sıra ort.: sıra ortalaması, E-DEHB: Erişkin dönem Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Klinik örnekleme Ç-DEHB tanısı alanlar ve almayanlar (%61.1 & %38.5, $p=0.16$) ve E-DEHB tanısı alanlar ve almayanlar (%62.5 & %60, $p=1$) cinsiyet açısından kıyaslandığında erkek hasta sayısı fazla olmasına rağmen gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır.

TARTIŞMA

DEHB çocukluk çağına başlayıp erişkinlik hatta yaşlılık döneminde devam eden nörogelişimsel bir bozukluktur. Önceki çalışmaların çocukluk ve ergenlik çağına yoğunlaştığı dikkat çekmektedir (2). Son yıllarda erişkin dönemle ilgili araştırmalar artsa da yaşlı popülasyonda bu konuyla ilgili yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır (2). Çalışmamızda elde edilen en önemli sonuç 65 yaş üzeri klinik örnekleme DEHB prevalansının sağlıklı popülasyona göre yüksek bulunmasıdır. Bu sonuçlar diğer ruhsal bozukluk tanıları ile takip edilen bireylerde DEHB sorgulanması gerekliliğini göstermektedir.

65-80 yaş arası katılımcıların WUDÖ ile değerlendirildiği epidemiyolojik çalışmada, Guldberg ve ark. Ç-DEHB oranını %3.3 saptamıştır [25]. Nijmegen Sağlık Alanı Çalışması kapsamında 18-75 yaş arası katılımcıların incelendiği diğer bir çalışmada, Kooij ve ark. DSM-IV-TR tanı kriterlerinden altısı tanı için yeterli kabul edildiğinde prevalansı %1, dört kriterin yeterli kabul edilmesi durumunda ise %2.5 bulmuştur. Bu çalışmada 65 yaş ve üstü bireylerde ayrıca Ç-DEHB prevalansı belirtilmemiştir [26]. Çalışmamızda Ç-DEHB prevalansı klinik örnekleme %26, kontrol grubunda %4.2 olarak belirlenmiştir. Örneklemin kontrol grubunda Ç-DEHB oranı literatürle uyumlu olup klinik örnekleme Ç-DEHB oranı geçmiş çalışmalardan yüksek saptanmıştır. Ç-DEHB olan bireylerin tanıların atlanması, yakınmalarının diğer psikiyatrik hastalıkların belirtileri ile örtüşüp farklı tanı ile takip edilmesinin bu duruma neden olabileceği düşünülmektedir.

Michielsen ve ark. 65-80 yaş arası katılımcılar ile yaptıkları epidemiyolojik çalışmada, DSM-IV-TR kriterlerinden altı kriter ve üzerini karşılayanları sendromik düzeyde DEHB olarak değerlendirmiş, prevalansını %2.8 saptamıştır; dört kriter ve üzerinde karşılayanları semptomatik düzeyde DEHB olarak değerlendirmiş ve prevalansı %4.2

saptamışlardır [3]. Avustralya Kişi ve Toplum Sağlığı (PATH) kapsamında randomize seçilmiş 3443 gönüllü katılımcı ASRS ölçeği ile değerlendirilmiş orta yaşlı grupta (48-52 yaş) prevalans %6.2, ileri yaşlı grupta (68-74 yaş) prevalans %2.2 saptanmıştır (27). Çalışmamızda 65-85 yaş arası klinik örneklemde E-DEHB prevalansı %11'dir. E-DEHB prevalansının literatürdeki verilere göre yüksek olmasının katılımcıların klinik örneklemde seçilmesine ve hastalık belirtilerinin geçmiş çalışmalarda ayrıca sorgulanmayıp çalışmamızda sorgulanmış olmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

İleriye dönük çalışmalar, çocukluk çağında başlayan DEHB tanısının erişkinlikte devam etme oranını, metodolojik yönetime bağlı olarak değişmekle birlikte %5-66 aralığında saptamıştır (28-31). Faraone, DSM-IV tanı kriterlerinden en az 6'sının karşılandığı olguların DEHB kabul edildiği ve sağlıklı kontrol grubu bulunan çalışmaların dahil edildiği meta analizinde, Ç-DEHB'si olan yetişkinlerin % 15'inin hala DEHB için tanı kriterlerini karşıladığını göstermiştir[32]. DEHB tanılı kişilerde yaşlılıkta DEHB belirtilerinin devamı ile ilgili yapılan bir çalışmada, çocuklukta ve ileri yaştaki DEHB belirtilerinin sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (33). Çalışmamızda klinik örneklemde Ç-DEHB tanısı alan kişilerin %44'ünde erişkin dönemde tanının devam ettiği saptanmıştır. Literatür ile oluşan bu farklılığa örneklemimizdeki kişi sayısının kısıtlılığı neden olmuş olabilir ayrıca DEHB semptomlarının zamanla şiddetinin azalıp işlevselliği etkilemeyecek seviyeye gelmiş olabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır.

Literatürde DEHB'ye eşlik eden psikiyatrik hastalıkların oranları ve tanı dağılımlarında farklılıklar bildirilmiştir. Michielsen ve ark. 65 yaş üzeri örneklemde DEHB grubundaki yaşlıların %17'sinde depresif bozukluk, % 8'inde anksiyete bozukluğu ve % 26'sında hem anksiyete hem de depresif belirtilerin görüldüğünü bildirmiştir (34). Henry ve ark. çalışmalarında, DEHB tanısı olan 9 kadın katılımcının tamamında depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ya da bipolar bozukluk komorbiditesi saptamıştır (35). PATH çalışmasında, DEHB tanılı yaşlı yetişkinler (68-74 yaş) arasında depresif semptom oranı %8 olarak saptanmıştır (27). Lensing ve ark. DEHB tanılı 128 katılımcı ile yaptıkları çalışmada 49 katılımcıda (%

46.7) komorbid psikiyatrik bozukluk bildirmiştir. Bu tanılarının % 36.7'sinin majör depresif bozukluk, % 26.5'nin anksiyete bozukluğu ve %24.5'inin bipolar bozukluk olduğu saptanmıştır [36]. Solanto ve ark. DEHB tanılı 27 katılımcının %55'ine anksiyete bozukluğunun %32'sine duygudurum bozukluğunun eşlik ettiğini belirtmiştir (37). Kliniğimizde E-DEHB tanısı belirlenen hastaların %62.5'ine depresif bozukluk, %12.5'ine anksiyete bozukluğu, %12.5'ine obsesif kompulsif bozukluk, %12.5'ine bipolar bozukluk eşlik etmektedir. Çalışmamızda ve farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda DEHB'ye sıklıkla diğer psikopatolojilerin eşlik etmesi, DEHB ve diğer ruhsal bozuklukların benzer etiyopatogeneze sahip olabileceklerini ya da bu hastalıklar arasında bir neden-sonuç ilişkisi kurulabileceğini düşündürmektedir. Bu konunun daha iyi anlaşılabilmesi için ileriye yönelik, hastalıkların kronolojik sıralarının net olarak bilindiği, geniş örneklemli çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Brod ve ark. DEHB tanılı ortalama yaşı 66 olan örneklemde dörtte birinin geçmişte alkol ve madde kullanım problemi olduğunu saptamıştır (38). Bijlenga ve ark. ortalama yaşı 63 olan DEHB tanılı hastaları ve sağlıklı kontrol grubunu karşılaştırmış ve gruplar arasında alkol kullanım oranı açısından fark saptamamıştır. Aynı çalışmada sigara içme oranı DEHB tanılı bireylerde DEHB tanısı olmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır (39). Çalışmamızda alkol kullanım oranının Ç-DEHB olan hastalarda anlamlı oranda yüksek olup E-DEHB tanısı alan ve almayan hastalar arasında anlamlı fark saptanmamasının, E-DEHB tanılı hastalarda kültürel değerler, dini inanç ve damgalanma endişesi nedenleriyle yapılan eksik/yetersiz bildirimle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca çalışmamızın yapıldığı klinikte alkol-madde kullanım bozukluğu tedavisi için özelleşmiş bir birimin olmaması da E-DEHB tanılı bireyler arasında oranın düşük kalmasıyla ilişkili olabilir. Bu durum Ç-DEHB öyküsü olanların ileri dönemde alkol kötüye kullanımı açısından takip edilmesi gerekliliğini de göstermektedir. DEHB'de alkol kullanımının genel popülasyona göre daha yüksek olması bu maddelerin ödül sistemini aktive etmesi, bilişsel işlevlerde iyileşme veya duygudurum belirtilerinde yatışma sağlaması ile açıklanabilir (40).

DEHB tanılı erişkinlerde özkıyım düşüncesi ve

girişimi oranlarının genel popülasyona göre yüksek olduğu bilinmektedir (41). Bu durum eşlik eden duygudurum bozukluklarıyla ilişkili olabileceği gibi komorbid psikiyatrik durumdan bağımsız da olabilmektedir (41,42). Park ve ark. E-DEHB tanılı bireylerde DEHB tanısı olmayanlara göre özkıyım düşüncesi, planı ve girişimi oranlarını yüksek saptamıştır (43). Bildiğimiz kadarıyla, ileri yaş DEHB hastaları ile yapılmış çalışmalarda DEHB ile özkıyım düşüncesi/girişimi arasındaki ilişkiye yer verilmemiştir. Çalışmamızda E-DEHB tanısı olanların özkıyım girişim oranı E-DEHB tanısı olmayanlarla benzer, Ç-DEHB tanısı alanların özkıyım girişimi oranı Ç-DEHB tanısı olmayanlardan anlamlı ölçüde daha yüksektir. Çalışmamızda saptanan özkıyım düşünceleri ve girişim oranları 65 yaş altı erişkinler ile yapılan çalışmalar ile örtüşmektedir.

DEHB olgularında yer alan davranışsal disinhibisyon ve emosyonel disregulasyona bağlı olarak suça eğilimin ve dürtülerin kontrol altına alınmasında zorlanma nedeniyle trafikte riskli davranışların daha fazla olduğu dikkat çekmektedir (38,44). Türkiye’de suça sürüklenen çocuklarla yapılan bir çalışmada katılımcıların %33’üne DEHB tanısı koyulmuştur (45). Knecht ve ark. Ç-DEHB tanılı çocukların takip çalışmalarında daha yüksek oranda suça karışıklarını, tutuklanma ve hapis cezası alma oranlarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir (46). Groom ve ark. 18-54 yaş arası E-DEHB tanılı katılımcıları DEHB tanısı olmayan gönüllüler ile karşılaştırdığı çalışmada DEHB olan bireylerin daha fazla trafik kazası yaptığını ve trafik cezası aldığını göstermiştir (47). Geçmiş çalışmalara benzer şekilde çalışmamızda Ç-DEHB tanısı olanların adli sorun yaşama ve trafik kazası yapma oranı Ç-DEHB olmayanlara göre yüksektir. Çalışmamızda E-DEHB varlığı ile adli sorun yaşama ve trafik kazası arasında ilişki saptanamamasının E-DEHB tanısı belirlenen örneklemin küçük olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

DEHB, çocuk ve ergenlerde erkeklerde daha yüksek oranda görülmesine rağmen yaş ilerledikçe cinsiyetler arası farkın azaldığı bilinmektedir (48). Çalışmamızla benzer şekilde Michielsen ve ark. E-DEHB için cinsiyet oranları açısından fark saptamamıştır (3). Thorell ve ark. ileri yaş DEHB tanılı katılımcılarda cinsiyet açısından fark olmadığını bildirmiştir (49). Kooij ve ark.’nın 18-75 yaş arasındaki katılımcılarla yaptıkları bir diğer

çalışmada da DEHB varlığında cinsiyet açısından farklılık bulunamamıştır (26). Çalışmamız, klinik örnekleme hem Ç-DEHB hem de E-DEHB’nin cinsiyetler arası farklılık göstermediğini saptamıştır.

Yaşlı popülasyonda DEHB ve dürtüsellik ilişkisini araştıran çalışma bulunmamaktadır. Erişkin çağda DEHB’nin dürtüsellik birçok alanıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir. 18-60 yaş arası DEHB tanılı olan ve olmayanların karşılaştırıldığı bir çalışmada DEHB tanısı olanların kontrol grubuna göre dürtüsellik puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (50). Lopez ve ark. benzer şekilde DEHB’li bireylerde daha fazla acelecilik, daha düşük tasarlama ve daha fazla sebatsızlık olduğunu saptamıştır. Özellikle tasarlama eksikliğinin DEHB ile güçlü ilişkisi olduğu dikkat çekmiştir (51). Ülkemizde obezite, DEHB ve dürtüsellik ilişkisini araştıran bir çalışmada Ç-DEHB tanısı olanlarda motor dürtüsellik, dikkat dürtüsellik ve plan yapamamanın şiddetlendiği belirtilmiştir (52). Çalışmamızda Ç-DEHB tanısı olanlarda literatürle benzer şekilde her üç alanda belirtilerin şiddetlendiği saptanmıştır. Çalışma sonuçlarımız DEHB tanılı kişilerin yaşları ilerlese de belli alanlarda dürtüsellik düzeylerinin yüksek olarak devam ettiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızın güçlü ve zayıf yönleri bulunmaktadır. İstatistiksel olarak yeterli sayıda katılımcı olsa da elde edilen sonuçların genel topluma ve diğer hasta gruplarına genellenememesi, sadece ayaktan başvuran hastaların çalışmaya alınması çalışmamızın kısıtlılıkları arasındadır. Katılımcıların damgalanmaya neden olabilecek bilgileri vermeye karşı isteksizliğinin de sonuçları etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Ülkemizde yaşlı popülasyonda DEHB ile ilgili yapılmış ilk çalışma olması ve klinik örnekleme yürütülmesi çalışmanın güçlü taraflarıdır. Daha geniş örneklemlili, çeşitli hastalık gruplarının da dahil edildiği ve her hastalığın klinik özellikleri ile DEHB semptomları arasındaki ilişkinin ayrı ayrı değerlendirildiği gelecek çalışmalar konunun daha iyi anlaşılmasına yardımcı olacaktır.

SONUÇ

İleri yaştaki bireyler psikiyatri başvurularında dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellikle ilgili yakınmalarını bildirmemektedir. Zaman zaman

yakınmaları depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları gibi hastalıkların bulguları arasında değerlendirilmektedir. Yaşlılarda DEHB tanısı sıklıkla atlanmaktadır. Çalışmamız poliklinik başvurusunda bulunan 65 yaş üzeri bireylerde Ç-DEHB ve E-DEHB sıklığının sağlıklı popülasyondan yüksek olduğunu göstermiştir. Yaşlı bireylerde yaşam kalitesini, sosyal ve akademik başarıyı olumsuz etkileyen DEHB bulgularının fark edilmesi ve tedavi edilmesi kişilerin yaşam kalitesinin

iyileşmesine ve sosyal işlevselliğinin artmasına katkı sağlayacaktır.

Yazışma Adresi: Prof. Dr. Lut Tamam , Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı 01330 Adana - Türkiye, ltamam@gmail.com

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
2. Çavuşoğlu Ç, Demirkol ME, Tamam L. Attention Deficit Hyperactivity Disorder in the Elderly. *Psikiyatri Guncel Yaklaşımlar* 2020; 12:182-194.
3. Michielsen M, Semeijn E, Comijs HC, van de Ven P, Beekman AT, Deeg DJ, Kooij JS. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in older adults in The Netherlands. *Br J Psychiatry* 2012; 201:298-305.
4. Fischer BL, Gunter-Hunt G, Steinhafel CH, Howell T. The identification and assessment of late-life ADHD in memory clinics. *J Atten Disord* 2012; 16:333-338.
5. Springer R, Springer RJ. ADHD: The Lifespan and Effects from Adolescence through Adulthood. Murray State University, Thesis. 2018.
6. World Health Organization. WHO 2000. <https://www.who.int/> Erişim tarihi: 21 Aralık, 2021.
7. Fayyad J, Sampson NA, Hwang I, Adamowski T, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Kessler RC. The descriptive epidemiology of DSM-IV adult ADHD in the world health organization world mental health surveys. *Atten Defic Hyperact Disord* 2017; 9:47-65.
8. Barkley RA, Murphy KR, Fischer M. ADHD in adults: What the science says. New York, Guilford press, 2010.
9. First MB. Structured clinical interview for the DSM (SCID). The encyclopedia of clinical psychology 2014: 1-6.
10. Ward ME. The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150:885-890.
11. Sandra Kooij J, Marije Boonstra A, Swinkels SHN, Bekker EM, De Noord I, Buitelaar JK. Reliability, validity, and utility of instruments for self-report and informant report concerning symptoms of ADHD in adult patients. *J Atten Disord* 2008; 11:445-458.
12. Seroczynski AD, Bergeman C, Coccaro EF. Etiology of the impulsivity/aggression relationship: genes or environment? *Psychiatry Res* 1999; 86:41-57.
13. Sadock BJ, Sadock VA. Klinik Psikiyatri El Kitabı. Tamam L (Çeviri ed.) 6. Baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2020, 359-376.
14. Bekar E. Kabahatler Kanunu'nun Genel Hükümlerinin Değerlendirilmesi. *Journal of Istanbul University Law Faculty* 2011; 69:1033-1050.
15. Elbir M, Topbaş A, Bayad Ö, Kocabaş S, Topak T, Çetin Oz. DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonunun Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2019; 30:51-56.
16. Doğan S, Öncü B, Varol Saraçoğlu G, Küçükgöncü S. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ölçeği (ASRS-v1. 1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; 10:77-87.
17. Öncü B, Ölmez Ş, Şentürk V, Wender-Utah derecelendirme ölçeği Türkçe formunun erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu'nda geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16:252-259.
18. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* 1995; 51:768-774.
19. Güleç H, Tamam L, Turhan M, Karakuş G, Zengin M, Stanford MS. Psychometric Properties of the Turkish Version of the Barratt Impulsiveness Scale-11. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni* 2008; 18:251-258.
20. Folstein MF, Robins LN, Helzer JE. The mini-mental state examination. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40:812.
21. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. Reliability and validity of the standardized Mini Mental State Examination in the diagnosis of mild dementia in Turkish population. *Turkish journal of psychiatry* 2002; 13:273-281.
22. Ertan T, Eker E, Güngen C, Engin F, Yasar R, Kilic G, Ozel S. The standardized mini mental state examination for illiterate Turkish elderly population. 2nd International Symposium on Neurophysiological and Neuropsychological Assessment of Mental and Behavioral Disorders 1999; 28-30.
23. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. Using multivariate statistics. Boston, Pearson, 2007, pp. 481-498.
24. Yates F. Contingency tables involving small numbers and the χ^2 test. Supplement to the Journal of the Royal Statistical Society 1934; 1:217-235.
25. Guldberg-Kjär T, Johansson B. Old people reporting childhood AD/HD symptoms: Retrospectively self-rated AD/HD symptoms in a population-based Swedish sample aged 65–80. *Nord J Psychiatry* 2009; 63:375-382.
26. Kooij JS, Buitelaar JK, Oord EJCG, van den Furer JW, Rijnders CAT, Houdiamont PPG. Internal and external validity

of attention-deficit hyperactivity disorder in a population-based sample of adults. *Psychol Med* 2005; 35:817-827.

27. Das D, Cherbuin N, Eastale S, Anstey KJ. Attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and cognitive abilities in the late-life cohort of the PATH through life study. *PLoS One* 2014; 9:e86552.

28. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *Am J Psychiatry* 1998; 155:493-498.

29. Rasmussen P, Gillberg C. Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: a controlled, longitudinal, community-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:1424-1431.

30. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adult outcome of hyperactive boys: Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:565-576.

31. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *J Abnorm Psychol* 2002; 111:279-289.

32. Faraone SV, Biederman J. What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults. *J Atten Disord* 2005; 9:384-391.

33. Semeijn E, Comijs HC, De Vet HCW, Kooij JJS, Michielsen M, Beekman ATF. Lifetime stability of ADHD symptoms in older adults. *Atten Defic Hyperact Disord* 2016; 8:13-20.

34. Michielsen M, Comijs HC, Semeijn EJ, Beekman AT, Deeg DJ, Kooij JS. The comorbidity of anxiety and depressive symptoms in older adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a longitudinal study. *J Affect Disord* 2013; 148:220-227.

35. Henry E, Hill Jones S. Experiences of older adult women diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *J Women Aging* 2011; 23:246-262.

36. Lensing MB, Zeiner P, Sandvik L, Opjordsmoen S. Quality of life in adults aged 50+ with ADHD. *J Atten Disord* 2015; 19:405-413.

37. Solanto MV, Surman CB, Alvir JMJ. The efficacy of cognitive-behavioral therapy for older adults with ADHD: a randomized controlled trial. *Atten Defic Hyperact Disord* 2018; 10:223-235.

38. Brod M, Pohlman B, Lasser R, Hodgkins P. Comparison of the burden of illness for adults with ADHD across seven countries: a qualitative study. *Health Qual Life Outcomes* 2012; 10:47.

39. Bijlenga D, Ulberstad F, Thorell LB, Christiansen H, Hirsch O, Kooij JS. Objective assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in older adults compared with controls using the QbTest. *Int J Geriatr Psychiatry* 2019; 34:1526-1533.

40. Mukaddes NM. Yaşam boyu dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve eşlik eden durumlar. Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, 2015.

41. Furczyk K, Thome J. Adult ADHD and suicide. *Atten Defic Hyperact Disord* 2014; 6:153-158.

42. Stickley A, Koyanagi A, Ruchkin V, Kamio Y. Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and suicide ideation and attempts: Findings from the Adult Psychiatric Morbidity Survey 2007. *J Affect Disord* 2016; 189:321-328.

43. Park S, Cho MJ, Chang SM, Jeon HJ, Cho SJ, Kim BS, Hong JP. Prevalence, correlates, and comorbidities of adult ADHD symptoms in Korea: results of the Korean epidemiologic catchment area study. *Psychiatry Res* 2011; 186:378-383.

44. Richards TL, Deffenbacher JL, Rosén LA, Barkley RA, Rodricks T. Driving anger and driving behavior in adults with ADHD. *J Atten Disord* 2006; 10:54-64.

45. Bilginer Ç, Karadeniz S, Hızarcı S, Yılmaz BC, Kandil S. Suça sürüklenen çocukların adli psikiyatrik değerlendirme ve rapor sonuçları: İki yıllık retrospektif dosya taraması. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2021; 24:217-227.

46. Knecht C, de Alvaro R, Martinez-Raga J, Balanza-Martinez V. Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD), substance use disorders, and criminality: a difficult problem with complex solutions. *Int J Adolesc Med Health* 2015; 27:163-175.

47. Groom MJ, Van Loon E, Daley D, Chapman P, Hollis C. Driving behaviour in adults with attention deficit/hyperactivity disorder. *BMC psychiatry* 2015; 15:175.

48. Williamson D, Johnston C. Gender differences in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A narrative review. *Clin Psychol Rev* 2015; 40:15-27.

49. Thorell LB, Holst Y, Sjöwall D. Quality of life in older adults with ADHD: links to ADHD symptom levels and executive functioning deficits. *Nord J Psychiatry* 2019; 73:409-416.

50. Malloy-Diniz L, Fuentes D, Leite WB, Correa H, Bechara A. Impulsive behavior in adults with attention deficit/hyperactivity disorder: characterization of attentional, motor and cognitive impulsiveness. *J Int Neuropsychol Soc* 2007; 13:693-698.

51. Lopez R, Dauvilliers Y, Jaussent I, Billieux J, Bayard S. A multidimensional approach of impulsivity in adult attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Res* 2015; 227:290-295.

52. Kavakcı Ö, Demirel Y, Kuğu N, Nur N, Doğan O. Dikkat eksikliği/hiperaktivitenin, dürtüsellik ve obezite ile ilişkisi üzerine bir çalışma. *Cumhuriyet Medical Journal* 2011; 33:413-420.

Trikotillomani ve deri yolma bozukluğunda psikolojik dayanıklılık ve dürtüsellik

Psychological resilience and impulsivity in trichotillomania and skin picking disorder

Efruz Pirdoğan Aydın¹, Hasan Demirci², Jülide Güler Kenar³, Ömer Akil Özer⁴, Oguz Karamustafalıoğlu⁴

¹Uzm. Dr. ⁴Prof. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Bölümü, İstanbul, Türkiye, <https://orcid.org/0000-0001-6056-0075>, <https://orcid.org/0000-0001-5565-4640>, <https://orcid.org/0000-0001-6151-7060>

²Uzm. Psik., Psikoloji Bölümü, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, <https://orcid.org/0000-0002-2948-0314>

³Uzm. Dr., Serbest Hekim, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları, İstanbul, Türkiye, <https://orcid.org/0000-0002-9241-685X>

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada amacımız deri yolma bozukluğu (DYB) ve trikotillomani (TTM) tanılı hastaları psikolojik dayanıklılık açısından sağlıklı kontrollerle karşılaştırmak ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin dürtüsellikle olan ilişkisini incelemektir. **Yöntem:** DSM-5 tanı kriterlerine göre DYB (n=43) veya TTM (n=34) tanısı alan hastalar ve yaş, cinsiyet ve eğitim durumu eşleştirilmiş 46 kişi kontrol grubu olarak çalışmamıza dahil edildi. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGI), Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ) ve Yetişkinler için Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) uygulandı. **Bulgular:** Depresyon ve anksiyete puanları sabitlenerek yapılan ANCOVA analizinde, TTM hastalarının DYB hastalarına ve kontrol grubuna göre psikolojik dayanıklılık düzeyleri anlamlı düşüktü (sırasıyla p=0.002, p=0.001). TTM tanılı hastaların psikolojik dayanıklılıkları ile depresyon ve dürtüsellik puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişkili vardı ($R^2=0.441$, $F=7.882$, $df=3$, $p=0.001$). DYB tanılı hastaların psikolojik dayanıklılıkları ile depresyon puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişkili vardı ($R^2=0.345$, $F=6.860$, $df=3$, $p=0.001$). **Sonuç:** TTM hastalarının psikolojik dayanıklılık düzeyleri düşüktür. TTM hastalarının dürtüsellik ve depresyon puanları, DYB hastalarının ise depresyon puanları psikolojik dayanıklılık düzeylerini negatif yönde etkilemektedir. Bu hasta grubunda stresle başa çıkma stratejilerinin iyileştirilmesi ve destek sistemlerinin güçlendirilmesi terapötik müdahaleler arasında yer almalıdır.

Anahtar Kelimeler: Psikolojik dayanıklılık, dürtüsellik, deri yolma bozukluğu, trikotillomani, depresyon, anksiyete.

SUMMARY

Objective: In this study, our aim is to compare patients diagnosed with skin picking disorder (SPD) and trichotillomania (TTM) with healthy controls in terms of psychological resilience and to examine the relationship between psychological resilience levels and impulsivity. **Method:** Patients diagnosed with SPD (n=43) and TTM (n=34) according to the DSM-5 diagnostic criteria, and 46 age, gender and educational status matched individuals as the control group were included in our study. A sociodemographic data form, Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Clinical Global Impression Scale (CGI), Barratt Impulsivity Scale (BIS), and Resilience Scale for Adults (RSA) were administered to the participants. **Results:** In the ANCOVA analysis performed by fixing depression and anxiety scores, TTM patients had significantly lower levels of psychological resilience compared to SPD patients and the control group (respectively p=0.002, p=0.001). There were significant negative correlation between the resilience of TTM patients and their depression and impulsivity scores ($R^2=0.441$, $F=7.882$, $df=3$, $p=0.001$). There was a significant negative correlation between resilience and depression scores of patients with SPD ($R^2=0.345$, $F=6.860$, $df=3$, $p=0.001$). **Conclusion:** TTM patients had low levels of psychological resilience. Impulsivity and depression scores of TTM patients and depression scores of DYB patients negatively have affected on resilience levels. Improving of coping strategies with stress and enhancing support systems should be contained among therapeutic interventions since TTM and SPD patients have low psychological resilience levels.

Key Words: Psychological resilience, impulsivity, skin picking disorder, trichotillomania, depression, anxiety.

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2022;25:366-375)

DOI: 10.5505/kpd.2022.78466

Makalenin geliş tarihi: 25.02.2022 , Yayına kabul tarihi: 11.06.2022

366

GİRİŞ

Trikotillomani (TTM) ve deri yolma bozukluğu (DYB) dermatolojik bir problem olmaksızın, sırasıyla kişinin saçını, cildini yineleyici ve kompulsif bir şekilde yolmasıyla karakterize psikiyatrik hastalıklardır (1). Geçmişte dürtü kontrol bozuklukları içerisinde yer alan TTM ve DYB (2), DSM-5’le birlikte ‘Obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar’ başlığı altında sınıflandırılmıştır (3). DYB ve TTM’deki tekrarlayıcı yolma davranışı fenomenolojik olarak obsesif kompulsif bozukluk-taki (OKB) kompulsif davranışlara benzediği ve bunların da motor inhibisyon süreçlerindeki eksiklikten kaynaklandığı ileri sürülmüştür (4). Her iki hastalıkta da depresyon ve anksiyete bozuklukları başta olmak üzere, psikiyatrik eş tanı yüksek oranda görülmektedir (5,6). Aynı zamanda bu hastaların içe dönüklük, nevrotiklik ve dürtüsellik düzeylerinin yüksek olduğu ve mükemmeliyetçi bir yapılarının olduğu bildirilmiştir (7-9). Belirgin sıkıntı ve işlevsellikte bozulmaya yol açan TTM ve DYB başlangıç yaşı, cinsiyet oranı, hastalığın gidişatı, eş tanı oranları gibi klinik görünüm-ler açısından benzerlik gösterse de, alt tiplerin (impulsif/kompulsif) yaygınlığı, davranış tetikleyicileri ve nörokognitif fonksiyonlar açısından farklılık göstermektedirler (1,10,11).

Psikolojik dayanıklılık, zor yaşam olayları karşısında kişinin kendisini toparlayabilme gücü veya uyum sağlayabilme yeteneğidir. Kişinin stresli yaşam deneyimleri karşısında çabuk uyum gösterebilmesi ve travmanın etkisinden kurtulabilme ve iyileşebilmesi psikolojik dayanıklılığın bağlıdır. Kişiler bir travma, tehdit, ailesel ve ilişkisel sıkıntılar, ciddi sağlık problemleri, işyeri ve parasal sorunlar sonrasında olumsuz duygudurum yaşayabilir ve farklı tepkiler verebilirler. Psikolojik dayanıklılık düzeyi yüksek olan kişiler, zamanla bu durumları atlatabilirken, psikolojik dayanıklılık düzeyleri düşük olan kişiler psikopatoloji geliştirebilmektedirler (12). Kişilerin aile uyumu ve desteği, diğer destek sistemleri ve kişilik özellikleri gibi risk veya koruyucu faktörlerin karmaşık etkileşimi psikolojik dayanıklılık düzeylerini belirlemektedir (13,14). Psikolojik dayanıklılık, duygudurum bozukluklarının, posttravmatik stres bozukluğunun ve anksiyete bozukluklarının başlamasını ya da var olan psikiyatrik hastalıkların gidişatlarını etkileyebilmektedir (15,16). Psikolojik dayanıklılığın dürtüsellikle ilişkisi yeterince

anlaşılamamakla birlikte (17-19), son zamanlarda yapılan bir çalışmada depresyon oluşumuna karşı psikolojik dayanıklılığın koruyucu rolünü, dürtüsellik olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (20). Hatta dürtüsellik ve kendine zarar verme davranışları arasındaki bağlantıda psikolojik dayanıklılığın rol oynadığı bildirilmiştir (21).

TTM ve DYB’de çoğunlukla hastalığı ya da yolma epizodunu başlatan stresör veya tetikleyici faktörlerden söz edilmektedir (6,22). Psikolojik travmanın bu hastalıkların oluşumunda direkt rolü ortaya konulmasa da, TTM ve DYB’de travmatik yaşam olaylarının yüksek olduğu (23,24) ve hastalık şiddetini olumsuz etkilediği (22) bilinmektedir. Hastalık ortaya çıktıktan sonra, yolma davranışının olumsuz sonuçlarına (saç kaybı, trikobezoarlar, bağı intestinal tıkanıklar, ciltte yara, enfeksiyon ve ülserasyonlar gibi) rağmen hastalık nükselerle kronik bir seyir izlemektedir (24-26). Epizodun başlamasını veya hastalığın yineleyici karakterde olmasının altında yatan nedenler arasında dürtüsellik, duygu düzenlemede ve stresle baş etmede güçlük gibi faktörler üzerinde durulmaktadır (27-29). Yukarıda bahsedilen sebepler dolayısıyla, TTM ve DYB tanı hastalarının yaşam boyu oluşan zorluklara veya streslere karşı daha az toleranslı oldukları söylenebilir. Literatürde TTM ve DYB’de psikolojik dayanıklılığı inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda, TTM ve DYB hastalarının psikolojik dayanıklılık düzeylerini sağlıklı kontrollerle karşılaştırmayı ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin dürtüsellikle olan ilişkisini incelemeyi amaçladık.

YÖNTEM

Örneklem

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Nisan 2019- Şubat 2020 tarihleri arasında başvuran hastalar arasından, en az bir psikiyatri uzmanı tarafından DSM-5 tanı kriterlerine göre DYB veya TTM tanısı alan hastalar çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya dahil edilme ölçütleri: 17-60 yaş aralığında olmak, okuma-yazma bilmek ve çalışmaya katılmayı kabul etmek şeklindeydi. Dışlama kriterleri ise DSM-5 tanı kriterlerine göre entelektüel yetiyitimi, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, bipolar bozukluk ve demans tanısı almak ve herhangi bir nörolojik

hastalık öyküsü, alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu, aktif intihar riski olarak belirlendi. Hastalar arasından, 3 TTM tanılı hastanın bipolar bozukluk, 1 DYB tanılı hastanın başka türlü adlandırılmamış (BTA) psikotik bozukluk, 2 DYB tanılı hastanın alkol kullanım bozukluğu eş tanısı olması, 1 TTM tanılı hastanın aktif intihar riski nedeniyle yatışa yönlendirilmesi ve 1 TTM tanılı hastanın çalışmaya katılmaya onay vermemesi ve 2 TTM tanılı hastanın verilen ölçekleri eksik doldurması nedeniyle toplamda 10 hasta çalışmadan dışlanmıştır. Buna göre; 43 DYB veya 34 TTM tanısı alan hasta çalışmaya dahil edildi. TTM tanılı hastalar arasından 21'inin en az bir psikiyatrik eş tanısı mevcuttu (major depresif bozukluk:n=9, OKB:n=6, sosyal anksiyete bozukluğu:n=6, yaygın anksiyete bozukluğu:n=3, yeğin depresyon:n=2, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu:n=2, beden dismorfik bozukluğu:n=1, bulimia nervoza:n=1, posttravmatik stres bozukluğu:n=1). DYB tanılı hastalar arasından 28'inin en az bir psikiyatrik eş tanısı mevcuttu (major depresif bozukluk:n=11, OKB:n=8, yaygın anksiyete bozukluğu:n=4, bta anksiyete bozukluğu:n=4, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu:n=4, sosyal anksiyete bozukluğu:n=3, tıknırcasına yeme bozukluğu:n=2, bulimia nervoza:n=2). Hasta gruplarının seçimi amaçlı örneklem yöntemine göre yapıldıktan sonra hasta gruplarıyla cinsiyet ve eğitim durumları açısından eşleştirilmiş geçmiş ve şimdiki öyküsünde herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan 46 kişi kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edildi. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGİ), Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ) ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) uygulandı. Katılımcılara çalışmanın amacı ve tasarımı anlatıldıktan sonra aydınlatılmış onamları alındı. Çalışma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulundan onay alındı (3470/2022).

Değerlendirme Araçları

Beck Depresyon Envanteri (BDE): Depresif semptomların varlığı ve şiddetini belirlemek için 21 maddelik öz bildirim ölçeği kullanılmış olup, Türkiye nüfusu için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Hisli (1989) tarafından gerçekleştirilmiştir. Her madde 0 ile 3 arasında

puanlanmaktadır. Toplam puan 0 ile 63 arasında değişmektedir (30).

Beck Anksiyete Envanteri (BAE): Sinirli hissetme, korku, ölüm korkusu gibi sık karşılaşılan anksiyete semptomlarını sorgulayan, anksiyete semptomlarını depresyon semptomlarından ayırmak için tasarlanmış bir öz bildirim ölçeğidir. Toplam 21 maddeden oluşmakta ve her bir madde 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Türkiye nüfusu için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından gerçekleştirilmiştir(31).

Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGİ): Toplam yedi değerlikli bir ölçektir. Rahatsızlığının şiddetine göre 1 ile 7 puan arasında değerlendirilir; 1= normal, hasta değil, 2= sınırdaki ruhsal hastalık, 3= hafif derecede hasta, 4= orta derecede hasta, 5= belirgin derecede hasta, 6= şiddetli derecede hasta, 7= en ağır derecede hasta (32).

Barratt Dürtüsellik Ölçeği-Kısa Form (BDÖ): 30 maddelik Barratt Dürtüsellik Ölçeğinden revize edilmiştir. Ölçek, dürtüsellik yapısını değerlendiren 15 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Maddeler 1=nadiren/hiçbir zaman; 2=bazen; 3=sıklıkla; 4=hemen her zaman/her zaman şeklinde 4'lu Likert ölçeği ile değerlendirilir. Plan yapmama, motor dürtüsellik, dikkatte dürtüsellik şeklinde 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Yüksek ölçek puanları daha yüksek düzeyde dürtüsellik göstergesidir. BDÖ'nün Türkçe uyarlaması yapılmış olup geçerli ve güvenilir bir ölçektir (33).

Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ): Friborg ve ark. ölçeğin altı boyutlu yapısıyla psikolojik dayanıklılık modelini daha iyi açıkladığını göstermişlerdir (34). 'Kendilik algısı' ve 'gelecek algısı', 'yapısal stil', 'aile uyumu', 'sosyal yeterlilik', 'sosyal kaynaklar' şeklinde altı boyuttan ve toplam 33 maddeden oluşmaktadır. YPDÖ'nün 2011 yılında Basım ve Çetin tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (35).

İstatistiksel analiz

İstatistiksel analiz için SPSS 20.0 for Windows programı kullanıldı. Hasta ve kontrol grupları arasında orta düzeyde etki büyüklüğünün (effect size=0.5) fark kabul edilmesi öngörülerek alfa anlamlılık seviyesi 0.05 ve %80 Power için her bir gruba en az 35 katılımcının dahil edilmesi

planlandı. Tanımlayıcı istatistikler; sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak verildi. Bağımsız iki grupta sayısal değişkenlerin karşılaştırmaları, normal dağılım koşullarında Student's t-test, normal dağılım koşulu sağlanmadığında Mann Whitney U testi ile yapıldı. Bağımsız gruplarda oranların karşılaştırılması Ki Kare Analizi ile yapıldı. Bağımsız çoklu grupların karşılaştırmalarında, normal dağılım koşullarında tek- yönlü ANOVA; normal dağılım koşulu sağlanmadığında Kruskal Wallis H testi yapıldı. Hasta ve kontrol gruplarının depresyon, anksiyete, dürtüsellik ve psikolojik dayanıklılık puanlarının kıyaslanması için ANOVA analizi yapıldı, ikili gruplar arasında karşılaştırmalar için post-hoc analizlerde Bonferroni düzeltmesi kullanıldı ve $p < 0.017$ ile yorumlandı. Hasta ve kontrol gruplarının psikolojik dayanıklılık puanlarının karşılaştırılması, depresyon ve anksiyete puanlarının sabitlenmesi sonucu ANCOVA ile ileri analiz yapıldı. Sonrasında post-hoc analizlerde Bonferroni düzeltmesi kullanıldı ve $p < 0.017$ ile yorumlandı. Değişkenler arasındaki korelasyonlar normal dağılım koşulları sağlandığında Pearson korelasyon analizi; normal dağılım sağlanmadığında Sperman korelasyon analizi ile yapıldı. Psikolojik dayanıklılık ile diğer değişkenler arasındaki ilişkiye lineer regresyon analizi yapılarak bakıldı. İstatistiksel alfa anlamlılık seviyesi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

TTM, DYB tanılı hasta ve kontrol gruplarının sosyodemografik verileri ve klinik ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 1 'de gösterilmiştir. Hasta ve kontrol grupları arasında yaş, cinsiyet ve eğitim süresi açısından istatistiksel anlamda fark yoktu ($p > 0.05$). TTM ve DYB hastaları arasında hastalık süresi ($p = 0.373$) ve KGİ puanları ($p = 0.071$), komorbidite oranları ($p = 0.761$) açısından fark yoktu. TTM ve DYB hastalarının kontrol grubuna göre depresyon ve anksiyete puanları istatistiksel anlamda yüksek bulundu ($p < 0.001$). TTM hastalarının kontrol grubuna göre BDÖ-toplam puan ($p < 0.001$), motor dürtüsellik ($p = 0.003$), dikkat dürtüsellik ve plan yapamama ($p < 0.001$) puanları anlamlı daha yüksekti. TTM ve DYB hastaları arasında dürtüsellik puanları açısından

istatistiksel anlamda farklılık yoktu ($p = 0.032-0.320$). DYB tanılı hastaların BDÖ- toplam puanı kontrol grubuna göre anlamlı yüksekti ($p < 0.006$); ancak dürtüsellik diğer alt boyutlarında ($p = 0.033-0.052$) aralarında anlamlı bir farklılık yoktu. Hasta ve kontrol gruplarının depresyon ve anksiyete puanları sabitlenerek psikolojik dayanıklılık ölçek puanları ANCOVA ile analiz edilmiştir. Buna göre; TTM hastaları DYB hastalarına göre psikolojik dayanıklılık 'kendilik algısı' ve 'sosyal kaynaklar' alt boyutları ve toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı daha düşüktü ($p = 0.002-0.014$). TTM hastalarının kontrol grubuna göre psikolojik dayanıklılık ölçeği 'kendilik algısı' ($p < 0.001$), 'sosyal yeterlilik' ($p = 0.015$) alt boyutları ve toplam puanları ($p < 0.001$) açısından istatistiksel olarak anlamlı daha düşüktü. DYB hastaları ile kontrol grubunun psikolojik dayanıklılık ölçeği alt boyutları ve toplam puan açısından aralarında anlamlı bir fark bulunmadı ($p = 0.201-1$).

TTM tanılı hastaların psikolojik dayanıklılık puanı ile BDE, BDÖ puanları arasında negatif anlamlı bir korelasyon mevcuttu ($r = -0.621-(-0.365)$); ancak BAE puanı, yaş, eğitim, hastalık süresi ve KGİ puanları arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı ($r = -0.329-0.979$). DYB tanılı hastaların psikolojik dayanıklılık puanı ile BDE, BAE, BDÖ-motor dürtüsellik, BDÖ-toplam arasında negatif anlamlı bir korelasyon mevcuttu ($r = -0.552-(-0.325)$); ancak BDÖ-dikkat dürtüsellik ve plan yapamama, yaş, eğitim, hastalık süresi ve KGİ puanları arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı ($r = -0.299-0.248$). Kontrol grubunun psikolojik dayanıklılık puanı ile BDE, BAE, BDÖ-plan yapamama alt boyutu arasında negatif anlamlı korelasyon varken ($r = -0.434-(-0.298)$); eğitim süreleri arasında pozitif anlamlı bir korelasyon vardı ($r = 0.404$) (Tablo 2).

TTM ve DYB tanılı hasta ve kontrol gruplarında lineer regresyon analizleri yapıldı. Her grup için yukarıdaki korelasyon analizlerinde $p < 0.100$ anlamlılığında gelen değişkenler bağımsız değişkenler olarak seçilerek ve bağımlı değişken psikolojik dayanıklılık puanı ile model oluşturulmuştur. Buna göre; TTM tanılı hastalarda psikolojik dayanıklılık ölçek puanıyla BDE puanlarının ($B = -0.749$, $\beta = -0.403$, $p = 0.017$) ve BDÖ ($B = -0.988$, $\beta = -0.325$, $p = 0.040$) anlamlı ilişkili olduğu ve modelin anlamlı olduğu saptandı

Tablo 1. TTM, DYB ve sağlıklı kontrol grubunun sosyodemografik veri, depresyon, anksiyete, dürtüsellik ve psikolojik dayanıklılık puanlarının karşılaştırılması

	TTM (n=34)	DYB (n=43)	Kontrol (n=46)	χ^2	Z.t.F	p	ANOVA				ANCOVA				
							p^1	p^2	p^3	p^4	F	p	p^1	p^2	p^3
Yaş	26.2±9.5	32.2±13.4	28.9±11.2	1.685	0.092										
Cinsiyet (Kadın), n (%)	28 (82.4)	34 (79.1)	36 (78.3)	0.217	0.897										
Eğitim süresi (Yıl)	11.9±3.9	11.5±3.6	12.8±3.5	-0.655	0.513										
Hastalık süresi (Yıl)	8.9±6.6	10.6±9.3	-	-0.897	0.373										
Komorbidite, n(%)	21(61.8)	28(60.4)	-	0.092	0.761										
KGI	4.3±1	4±0.7	-	-1.841	0.071										
BDE	20.8±12.1	20.1±11.4	6.6±6.5	45.384	<0.001	0.903	-0.001	-0.001							
BAE	20.4±13.8	20.4±13.7	8.1±6.8	30	<0.001	0.982	-0.001	-0.001							
BDÖ-Dikkat Dürtüsellik	11.4±3.5	9.7±2.9	8.3±2.4	17	<0.001	0.036	-0.001	0.035							
BDÖ-Motor Dürtüsellik	10.4±3.2	9.7±3.1	8.3±2.3	10	0.007	0.32	0.003	0.033							
BDÖ-Plan Yapamama	11.5±2.6	10±2.6	8.6±2.6	19	0.001	0.032	-0.001	0.052							
BDÖ-Toplam	33.2±7.4	29.4±7.2	25.1±6.1	22	<0.001	0.036	-0.001	0.006							
YPDO-Kendilik Algısı	15.3±4.9	18.9±6.8	23.1±4.7	24	<0.001	0.025	-0.001	-0.001	10	<0.001	0.014	<0.001	0.201		
YPDO-Gelecek Algısı	11.3±5.3	12.6±4.6	15.4±3.9	9	<0.001	0.663	-0.001	0.014	1.03	0.360					
YPDO-Yapısal Stil	12.5±4.4	13.8±4.1	15.3±3.6	5	0.01	0.445	0.007	0.264	1	0.28					
YPDO-Sosyal Yeterlilik	18.3±4.8	21.3±5.5	23.9±4.2	13	<0.001	0.027	-0.001	0.036	5	0.007	0.025	0.015	1		
YPDO-Aile Uyumu	17.7±6.5	19.4±6.5	22.1±5	6	0.003	0.55	0.002	0.08	0.92	0.4					
YPDO-Sosyal Kaynaklar	22.1±6.7	26.4±5.7	28.6±5.1	12	<0.001	0.009	-0.001	0.135	5	0.005	0.007	0.034	1		
YPDO-Toplam	97.2±22.5	111.3±20.3	129.1±16.9	26	<0.001	0.007	-0.001	-0.001	9	<0.001	0.002	0.001	1		

($R^2=0.441$, $F=7.882$, $df=3$ $p=0.001$). DYB tanılı hastalarda ise psikolojik dayanıklılık ölçek puanıyla BDE puanlarının ($B=-0.897$, $\beta=-0.504$, $p=0.009$) anlamlı ilişkili olduğu ve modelin anlamlı olduğu saptandı ($R^2=0.345$, $F=6.860$, $df=3$, $p=0.001$). Kontrol grubunda psikolojik dayanıklılık ölçek puanıyla eğitim durumunun ($B=2.146$, $\beta=0.441$, $p=0.001$) anlamlı ilişkili olduğu ve modelin anlamlı olduğu saptandı ($R^2=0.389$, $F=6.533$, $df=4$ $p<0.001$). (Tablo 3).

TARTIŞMA

Çalışmadaki bulgularımıza göre; depresyon ve anksiyete puanları sabitlendiğinde ikili grup karşılaştırmalarında TTM tanılı hastalarının psikolojik dayanıklılık düzeyleri DYB ve kontrol grubuna göre anlamlı düşük olarak bulundu. TTM tanılı hastaların psikolojik dayanıklılık puanları ile depresyon ve dürtüsellik puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki vardı. DYB tanılı hastaların psikolojik dayanıklılıkları ile depresyon puanlarıyla negatif yönde ilişkiliydi.

Çalışmamızda TTM ve DYB hastalarının psikolojik dayanıklılık puanları sağlıklı kontrol grubuna göre düşük olarak saptandı. Grupların depresyon ve anksiyete puanları sabitlendiğinde bile TTM tanılı hastaların psikolojik dayanıklılık puanları DYB tanılı hastalar ve sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düşüktü. Bununla birlikte post hoc analizlerde, DYB tanılı hastaların psikolojik dayanıklılık puanları ile kontrol grubu arasında fark yoktu. Daha önce TTM ve DYB hastalarında psikolojik dayanıklılık incelenmemiş olup, bu anlamda çalışmamız literatürde bir ilktir. Bu hastalıklarda çocukluk çağı travmatik yaşantılarının ve yaşamboyu stres olaylarının fazla olduğu ve bunların hastalık oluşumunda risk faktörü olabileceği üzerinde durulmuştur (23,24). Bunun yanında, TTM ve DYB hastalarında anksiyete ve depresyon eş tanılarının yüksek oranlarda olduğu bilinmektedir (5,6). Anksiyete, depresyon, stres belirtileri ve travma varlığının hastalık gidişatını kötü yönde etkilediği bildirilmiştir (22). DYB ve TTM’de eş tanı oranlarının, depresyon ve anksiyete şiddetinin yüksek olması hastaların psikolojik dayanıklılık düzeylerini olumsuz yönde etkilemiş

Tablo 2. Hasta ve kontrol gruplarında psikolojik dayanıklılık puanları ile klinik özellikler arasındaki korelasyonlar

	TTM (n=34)	DYB (n=43)	Kontrol (n=46)
Yaş	-0.329	0.181	-0.193
Eğitim süresi	0.209	-0.045	0.404**
BDE	-0.621**	-0.552**	-0.404**
BAE	-0.265	-0.439**	-0.434**
Hastalık süresi	-0.122	0.248	-
KGI	0.979	-0.111	-
BDÖ-Dikkat Dürtüsellik	-0.365*	-0.164	-0.128
BDÖ-Motor Dürtüsellik	-0.382*	-0.339*	-0.083
BDÖ-Plan Yapamama	-0.433*	-0.239*	-0.298*
BDÖ-Toplam	-0.205**	-0.325**	-0.161

* $p<0.05$; ** $p<0.01$

Kısaltmalar: BAE: Beck Anksiyete Envanteri; BDE: Beck Depresyon Envanteri; BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği; BDÖ.DYB: Deri yolma bozukluğu; KGI: Klinik Global İzlenim; TTM: Trikotillomani

Tablo 3. DYB ve TTM tanıli hasta ve kontrol gruplarında psikolojik dayanıklılık toplam puanları ile klinik değişkenler arasındaki lineer regresyon analizi

	TTM ^a					DYB ^b					Kontrol ^c			
	B	β	t	p		B	β	t	p		B	β	t	p
Yaş	-0.334	-0.14	-0.964	0.343	BDE	0.003	0.002	0.009	0.009	Eğitim	2.146	0.441	3.473	0.001
BDE	-0.749	-0.403	-2.516	0.017	BAE	-0.897	-0.504	-2.762	0.993	BDE	-0.384	-0.148	-0.967	0.339
BDÖ-T	-0.988	-0.325	-2.159	0.040	BDÖ-T	-0.592	-0.209	-1.463	0.152	BDÖ-P	-1.579	-0.24	-1.248	0.104
										BAE	-0.419	-0.169	-1.660	0.219

Kısaltmalar:BAE Beck Anksiyete Envanteri, BDE Beck Depresyon Envanteri, BDÖ-T Barratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam puan,BDÖ-P Barratt Dürtüsellik

Ölçeği-Plan yapamama ,DYB Deri yolma bozukluğu,TTM Trikotillomani

^aR²=0.441, F=7.882, df=3, p=0.001

^bR²=0.345, F=6.860, df=3, p=0.001

^cR²=0.389, F=6.533, df=4, p=0.001

olabilir. Çalışmamızda, DYB ve TTM hasta grubunun eş tanı oranları birbirine benzer çıkmış ve bu da literatürle uyumlu bir bulgudur. Depresyon ve anksiyete şiddetinin ve eş tanı varlığının psikolojik dayanıklılığa etkisi bir tarafa, ileri analizlerde TTM tanıli hastaların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin düşüklüğünü koruması, DYB tanıli hastalardan ayımlaştığını göstermektedir. Halen tam anlaşılamamakla birlikte, TTM ve DYB heterojen hastalıklar olup yolma davranışı paterni, başlangıç yaşı, baskın olarak kadın cinsiyette daha fazla görülmeleri ve klinik gidişat gibi benzerlikleri olmakla birlikte, alttiplerin (impulsif/kompulsif) yaygınlığı, davranışın tetikleyicileri, nörokognitif fonksiyonlar açısından farklılıklar göstermektedir (1,10,11,36). DYB daha yaygın bir yaş aralığında gözlenirken, TTM daha genç yaş grubunda gözlenmektedir (37,38). Bizim örneklemimizde gruplar arasında yaş açısından anlamlı bir farklılık yoktu ancak TTM hastalarının yaş ortalamaları DYB ve sağlıklı kontrollere göre daha düşüktü. TTM tanıli hastalarda psikolojik dayanıklılık düzeyinin daha düşük olmasının nedeni grubun yaş ortalamalarının daha düşük olması olabilir. Bununla uyumlu olarak, psikolojik dayanıklılık düzeyinin yaşla birlikte arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (35,39). Psikolojik dayanıklılığın yaşamboyu karşılaşılan güçlüklerin algılanması, fark edilmesi ile öğrenilebilen ve gelişimsel bir süreç olduğu ileri sürülmektedir (40). Buna göre kişilerin yaşla birlikte hayat deneyimlerinin arttığı, sorunlarla nasıl baş edebileceklerini öğrendikleri ve yaşam olaylarından daha az etkilendikleri düşünülmektedir (40).

Psikolojik dayanıklılık alt boyutlarının kıyaslamasına göre; TTM hastaları özellikle ‘kendilik algısı’ ve ‘sosyal kaynaklar’ puanları DYB hastalarına göre, ‘kendilik algısı’ ve ‘sosyal yeterlilik’ puanları ise kontrol grubuna göre daha düşüktü. Psikolojik dayanıklılıkta, kişilik özellikleri, ailesel ve toplumsal faktörler en önemli risk

faktörleri arasında gösterilmektedir (12). Psikolojik dayanıklılık ölçeğindeki ‘kendilik algısı’ alt boyutu kişinin kendine yönelik farkındalığı, kim olduğuna dair düşünceleri; ‘sosyal yeterlilik’ ise, dışa dönüklük, sosyal aktivitelerde bulunma isteğini; ‘sosyal kaynaklar’ ise, kişinin sahip olduğu sosyal ilişkileri yansıtmaktadır (41). İçe dönüklük, nevroitiklik düzeyi, kaygılı bir mizacın olması, agresif kişilik yapısının olması, kişinin fiziksel engelinin bulunması gibi faktörler bireysel risk faktörleridir. Ebeveynlerin boşanması, tek ebeveyne sahip olma, ebeveyn-çocuk arasında sağlıklı ilişkilerin kurulamaması, aile içi şiddet, ihmal ve istismar, toplumsal risk faktörleri; düşük sosyo-ekonomik düzey gibi faktörler ise ailesel risk faktörleridir (14,42). Dışa dönük, sorumluluk sahibi, gelişime açık, duygusal açıdan daha dengeli bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (13). Yapılan çalışmalarda, ‘kendilik algısı’ alt boyutu kişinin nevroitiklik düzeyleriyle; sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar alt boyutları ise kişinin dışa dönüklüğü, sosyal becerisi ve çevreyle etkileşimi ile ilişkili bulunmuştur (41,43). Çalışmamızda kişilik boyutları, bireysel ve ailesel risk faktörlerinin varlığı incelenmemiştir. Bu yüzden TTM hastalarının psikolojik dayanıklılık alt boyutları düzeylerinin neden daha düşük olduğu konusunda yorum yapmak güçtür. TTM hastaları içinde kişilik özellikleri açısından yüksek düzey nevroitik ve diğer grup olarak adlandırdıkları 2 tane prototip saptanmıştır ve yüksek düzey nevroitik olan grubun depresyon, anksiyete ve dürtüsellik oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (44). Başka bir çalışmada; TTM ve DYB tanıli hastaların kişilik boyutlarından nevroitiklik, içe dönüklük düzeyleri sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek ve nevroitiklik düzeyleri depresyon, anksiyete, algılanan stres yolma şiddetleriyle ilişkili olarak bulunmuştur (9). Ancak bu çalışmada TTM ve DYB hastalarının arasında kişilik boyutları açısından bir fark saptanmamıştır.

TTM ve DYB hastalarımızın dürtüsellik toplam

puanları kontrol grubuna göre daha yüksekti. Ayrıca, TTM hastaları dürtüsellik alt boyut puanları (dikkat dürtüsellik, motor dürtüsellik, plan yapamama) kontrol grubuna göre anlamlı yüksekti. Ancak DYB hastalarının dürtüsellik alt boyut puanları kontrol grubundan farklı değildi. Çalışmalarda TTM ve DYB’de dürtüsellik düzeylerinin yüksek olduğu ve motor inhibisyon süreçlerinde bozulma olduğu bildirilmiştir (28,45,46). Çalışmamızda her ne kadar anlamlı bir farklılık olmasa da TTM hastalarında dürtüsellik puanları DYB hastaların puanlarından yüksekti. Bununla uyumlu olarak impulsif-kompulsif spektrumundaki hastalıklar içinde, TTM’nin impulsif uca yakinken, DYB’nin ise kompulsif uca yakın olduğu ileri sürülmüştür (5). TTM hastalarının risk alma davranışı sağlıklı kontrollerden yüksek; DYB ve sağlıklı kontrol grubunun risk alma davranışı ise benzer bulunmuştur (47). TTM ve DYB’de dürtüsellikle ilgili farklılıkları ortaya koymak için daha geniş örneklemli çalışmalara ihtiyaç vardır. Yakın zamanda yapılan bir alt tiplendirme çalışmasında, TTM içinde dürtüsel/mükemmeliyetçi tipin diğer iki alt tipe (duyusal hassasiyeti olan ve farkındalığı düşük tip) ve kontrol grubuna göre dürtüsellik puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır; DYB’de ise alt tiplerle (emosyonel/ödül bağımlı tip ve fonksiyonel tip) kontrol grupları arasında dürtüsellik puanları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır (48). Hatta bu hasta gruplarının bazı alt tiplerin tedavisinde stresle baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi ve psikolojik dayanıklılığın artırılması öncelikli önerilmektedir (48). Ancak çalışmamızda bu şekilde bir alt tiplendirme yapılmamıştır. Gelecek çalışmalarda, TTM ve DYB alt tiplerinin psikolojik dayanıklılık düzeyleri açısından karşılaştırılması faydalı olabilir.

Bulgularımıza göre; psikolojik dayanıklılık düzeylerini yordayıcı bağımsız değişkenler TTM’de dürtüsellik ve depresyon puanları, DYB’de depresyon puanı, kontrol grubunda ise eğitim durumlarıydı. Yani gruplar içinde sadece TTM hastalarında dürtüsellikle psikolojik dayanıklılığın anlamlı ilişkisi bulunmuştur. Problem çözme becerisi, plan yapma gibi işlevler psikolojik dayanıklılıkla ilişkilidir. Dolayısıyla, stresli bir olay sırasında, düşünmeden hareket etme, plan yapamama, dürtüsel karar verme gibi dürtüsellik boyutları psikolojik dayanıklılık düzeyini olumsuz

yönde etkileyebilir. Daha önceki çalışmalardan biliyoruz ki TTM ve DYB hastalarının dürtüsellik düzeylerindeki artış hastalık şiddetini, uyku kalitelerini ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (39,50,51). Bununla birlikte çalışmamızda, DYB hastalarında psikolojik dayanıklılık düzeyleriyle dürtüsellik arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. TTM hastalarının dürtüselliklerinin artması sonucunda psikolojik dayanıklılıkları azaltmakta, dolayısıyla stresli yaşam olayları karşısında daha kırılgan hale gelebilmektedirler. TTM hastalarımızla benzer olarak, bipolar bozukluk ve bağımlılık bozukluklarında dürtüsellik yüksek olduğu ve dürtüsellik düzeyinin psikolojik dayanıklılık düzeyini negatif yönde etkilediği bildirilmiştir (17,18). Yakın zamanda yapılmış geniş örneklemli bir çalışmada, dürtüsellik yüksek olan ergenlerin kendine zarar verici davranışlar yapmasında psikolojik dayanıklılık düzeylerinin önemli bir etken olduğu bildirilmiştir (21). Deri/saç yolma davranışı fenomenolojik olarak kendine zarar verici davranış olarak da kavramsallaştırılabilmektedirler (52). Bu açılarından dürtüsellikle psikolojik dayanıklılık ilişkisinin altında yatan mekanizmaları anlamak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Birçok çalışmada depresyon ya da anksiyete puanlarıyla psikolojik dayanıklılık puanları arasında negatif korelasyon gösterilmiştir (53-55). Literatürle paralel olarak çalışmamızda da hem hasta hem de kontrol grubunda depresyon ve anksiyete puanları arttıkça psikolojik dayanıklılık puanları azalmaktadır. Depresyon ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında karşılıklı bir ilişki vardır. Bununla uyumlu olarak yapılan bir çalışmada, olumsuz çocukluk deneyimleri yaşayan bireylerde yetişkin depresyonundan koruyucu olarak psikolojik dayanıklılık düzeyinin önemli bir etken olduğu bildirilmiştir (16). Stresli yaşam olayları veya travmalar sonrası psikolojik dayanıklılık düzeyleri düşük olan kişiler PTSS, depresyon ve anksiyete bozuklukları geliştirebilmekte ya da var olan psikiyatrik hastalıkları kötüleşebilmektedir (15,16). Diğer taraftan kişilerin depresyon ve anksiyete puanlarının yüksek olması psikolojik dayanıklılığı olumsuz yönde etkilemektedir.

Çalışmamızın birtakım kısıtlılıkları bulunmaktadır. Örneklem grubumuzun sayısı küçük olduğu için sonuçlarımız geneli yansıtmayabilir. Bu yüzden

geniş örneklem grubunda çalışma tekrarlanabilir. Psikolojik dayanıklılığı etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Çalışmamızda sınırlı sayıda değişken bakabildiğimiz için psikolojik dayanıklılıkla ilişkili faktörler yeterince incelenememiş ve nedensellik ilişkileri ortaya konamamıştır. DYB ve TTM hastalıklarının doğası gereği depresyon ve anksiyete eş tanıları yüksek olduğu için hasta grubumuzda da depresyon ve anksiyete puanları oldukça yüksekti. Bu etkenlerden dolayı hastaların psikolojik dayanıklılık düzeyleri sağlıklı kontrol grubuna göre olduğundan daha düşük bulunmuş olabilir.

SONUÇ

Sonuç olarak, bulgularımıza göre; depresyon ve anksiyete puanları sabitlendiğinde bile TTM tanılı hastalar DYB ve sağlıklı kontrollere göre psikolojik dayanıklılık düzeyleri daha düşüktü. Psikolojik dayanıklılık düzeylerinin düşük olması yönüyle TTM tanılı hastaların DYB tanılı hastalardan ayrışması dikkat çekicidir. Ek olarak psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile TTM hastalarının depresyon ve dürtüsellik puanları, DYB hastalarının depresyon puanları negatif yönde ilişkiliydi. Buradan hareketle bu hastaların psikolojik dayanıklılıklarını güçlendirmenin ve stresle baş etme mekanizmalarını geliştirmenin hastalık seyrine olumlu katkısı olabileceğini düşünmekteyiz. Ek olarak, ileriki çalışmalarda TTM ve DYB’de

psikolojik dayanıklılık ile alt tipler, tedavi cevabı ve klinik seyir arasında ilişki incelenebilir.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr. Efruz Pirdoğan Aydın , Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Halaskargazi Cad. Etfal Sok. 34371, Şişli, İstanbul, Türkiye
İstanbul - Türkiye, efruzpirdogan@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Snorrason I, Belleau EL, Woods DW. How related are hair pulling disorder (trichotillomania) and skin picking disorder? A review of evidence for comorbidity, similarities and shared etiology. Clin Psychol Rev 2012;32: 618-629.
2. American Psychiatric Association. Handbook for the Identification and Classification of Diseases in Psychiatry. Revised Fourth Edition (DSM-IVTR), Washington DC:American Psychiatric Association, 2000.
3. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition (DSM-5), Washington DC:American Psychiatric Association, 2013.
4. Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR. A cognitive comparison of pathological skin picking and trichotillomania. J Psychiatr Res 2011;45:1634-1638.
5. Grant JE, Stein DJ, Woods DW, Keuthen NJ. Trichotillomania, skin picking, and other body-focused repetitive behaviors. First Edition, Arlington: American Psychiatric Association, 2012.
6. Pirdoğan Aydın E, Güler Kenar J, Kıvanç Altunay İ, Gökovalı Beğenen A, Kivılcım Y, Özer Öa, Karamustafalıoğlu O. Clinical Characteristics and Comorbidities of Patients with Trichotillomania and Skin Picking Disorder Who Admitted to a Psychodermatology Outpatient Clinic: A Comparative Study. Turk Psikiyatri Derg 2021; 32:100-108.
7. Maraz A, Hende B, Urbán R, Demetrovics Z. Pathological grooming: Evidence for a single factor behind trichotillomania, skin picking and nail biting. PLoS one 2017; 12:e0183806.
8. Keuthen NJ, Tung ES, Altenburger EM, Blais MA, Pauls DL, Flessner CA. Trichotillomania and personality traits from the five-factor model. Braz J Psychiat 2015;37:317-324.
9. Grant JE, Chamberlain SR. Personality traits and their clinical associations in trichotillomania and skin picking disorder. BMC Psychiatry 2021; 21: 1-7.
10. Odlaug BL, Grant JE. Trichotillomania and pathologic skin picking: clinical comparison with an examination of comorbidity. Ann Clin Psychiatry 2008; 20: 57-63.
11. Odlaug BL, Kim SW, Grant JE. Quality of life and clinical severity in pathological skin picking and trichotillomania. J Anxiety Disord 2010;24: 823-829.

12. Fletcher D, Sarkar M. Psychological resilience. *Eur Psychol* 2013;18:12-23.
13. Kararımak Ö. Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2006;3:129-142.
14. Sarkar M, Fletcher D. Psychological resilience in sport performers: a review of stressors and protective factors. *J Sports Sci* 2014; 32: 1419-1434.
15. Poole JC, Dobson KS, Pusch D. Anxiety among adults with a history of childhood adversity: Psychological resilience moderates the indirect effect of emotion dysregulation. *Journal of Affect Disord* 2017; 217: 144-152.
16. Bonanno GA, Mancini AD. Beyond resilience and PTSD: Mapping the heterogeneity of responses to potential trauma. *Psychol Trauma: Theory Res Pract Policy* 2012; 4: 74-83.
17. Kim SM, Huh HJ, Cho H, Kwon M, Choi JH, Ahn HJ, Kim YJ. The effect of depression, impulsivity, and resilience on smartphone addiction in university students. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2014;53: 214-220.
18. Choi JW, Cha B, Jang J, Park CS, Kim BJ, Lee CS, Lee SJ. Resilience and impulsivity in euthymic patients with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2015;170: 172-177.
19. Carli V, Mandelli L, Zaninotto L, Alberti S, Roy A, Serretti A, Sarchiapone M. Trait-aggressiveness and impulsivity: Role of psychological resilience and childhood trauma in a sample of male prisoners. *Nord J Psychiatry* 2014; 68: 8-17.
20. Lee, D, Lee S J, Park CS, Kim BJ, Lee CS, Cha B, Choi JW. The mediating effect of impulsivity on resilience and depressive symptoms in Korean conscripts. *Psychiatry Investig* 2019;16:773-776.
21. Ran H, Fang D, Che Y, Donald AR, Peng J, Chen L, Xiao Y. Resilience mediates the association between impulsivity and self-harm in Chinese adolescents. *J Affect Disord* 2022; 300: 34-40.
22. Houghton DC, Mathew AS, Twohig MP, Saunders SM, Franklin ME, Compton SN, Woods DW. Trauma and trichotillomania: A tenuous relationship. *Journal Obsessive Compuls Relat Disord* 2016 11, 91-95.
23. Özten E, Sayar GH, Gül Eryılmaz GK, Işık S, Karamustafalıoğlu O. The relationship of psychological trauma with trichotillomania and skin picking. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015; 11: 1203-1210.
24. Altunay IK, Aydın EP, Kenar, JG. Relationship between alexithymia, attachment styles, childhood traumas and body-focused repetitive disorders. *BR J DERMAT* 2021; 185 (Suppl 3):85-85.
25. Snorrason I, Ricketts EJ, Stein AT, Björgvinsson T. Trichophagia and trichobezoar in trichotillomania: A narrative mini-review with clinical recommendations. *J Obsessive Compuls Relat Disord* 2021; 100680:1-5.
26. Torales J, Díaz NR, Barrios I, Navarro R, García O, O'Higgins M, Jafferany M. Psychodermatology of skin picking (excoriation disorder): A comprehensive review. *Dermatol Ther* 2020; 33: e13661.
27. Roberts S, O'Connor K, Aardema F, Bélanger C, Courchesne C. The role of emotion regulation in body-focused repetitive behaviours. *Cogn Behav Ther* 2016; 9: 1-17.
28. Yeo SK, Lee WK. The relationship between adolescents' academic stress, impulsivity, anxiety, and skin picking behavior. *Asian J Psychiatr* 2017; 28: 111-114.
29. Grant JE, Chamberlain SR. Clinical correlates of symptom severity in skin picking disorder. *Compr Psychiatr* 2017; 78: 25-30.
30. Hisli N. Validity and reliability of Beck Depression Inventory for university students. *Turkish Journal of Psychology* 1989; 23: 3-13.
31. Ulusoy M, Şahin N, Erkan H. Turkish Version of The Beck Anxiety Inventory: psychometric Properties. *J Cognitive Psychotherapy: Int Quaterly* 1998;12: 28-35.
32. Guy W. Clinical global impressions (CGI) scale, Handbook of Psychiatric Measures. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
33. Tamam L, Güleç H, Karatas G. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11-KF) Türkçe Uyarlama Çalışması/Short Form of Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11-SF) Turkish Adaptation Study. *Noro Psikiyatr Ars* 2013; 50: 130-134.
34. Friborg O, Barlaug D, Martinussen M, Rosenvinge JH, Hjemdal O. Resilience in relation to personality and intelligence. *Int J Methods in Psychiatr Res* 2005; 14: 29-42.
35. Basım HN, Çetin, F. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatr Derg* 2011; 22: 104-114.
36. Aydın EP, Demirci H, Begenen AG, Kenar JG, Altunay IK, Ozer OA, Karamustafalıoğlu KO. Facial emotion recognition difficulties may be specific to skin picking disorder, but could also be related to the presence of alexithymia in trichotillomania. *Eur J Psychiatry* 2022;36:130-136.
37. Flessner CA, Lochner C, Stein DJ. Age of onset of trichotillomania symptoms: investigating clinical correlates. *J Nerv Met Dis* 2010;198:896-900.
38. Ricketts EJ, Snorrason Í, Kircanski K. A latent profile analysis of age of onset in pathological skin picking. *Compr Psychiatry* 2018; 87:46-52.
39. Gooding PA, Hurst A, Johnson J, Tarrier N. Psychological resilience in young and older adults. *Int J Geriatr Psychiatry* 2012; 27: 262-270.
40. Masten AS, Best KM, Garmezy N. Resilience and Development: Contributions from the Study of Children Who Overcome Adversity. *Dev Psychopathol* 1990; 2:425-444.
41. Çetin F, Yeloğlu HO, Basım HN. Psikolojik dayanıklılığın açıklanmasında beş faktör kişilik özelliklerinin rolü: Bir kanonik ilişki analizi. *Türk Psikol Derg* 2015; 30: 81-92.
42. Gizir C. Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2007; 3: 113-128.
43. Şahin NH, Basım HN, Çetin F. Kişilerarası Çatışma Çözme Yaklaşımlarında Kendilik Algısı ve Kontrol Odağı. *Türk Psikiyatri Derg* 2009; 20:153-163.
44. Keuthen NJ, Tung ES, Tung MG, Curley EE, Flessner CA.

NEO-FFI personality clusters in trichotillomania. *Psychiatry Research*, 2016; 239: 196-203.

45. Leppink EW, Redden SA, Grant JE. Impulsivity in body-focused repetitive behavior disorders: Disparate clinical associations between three distinct measures. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2016; 20: 24-31.

46. Snorrason Í, Smári J, Ólafsson RP. Motor inhibition, reflection impulsivity, and trait impulsivity in pathological skin picking. *Behav Ther* 2011; 42: 521-532.

47. Demirci H, Aydın EP, Kenar JG, Özer ÖA, Karamustafaloğlu KO. Decision-making performance in Trichotillomania and skin picking disorder. *J Obsessive Compuls Relat Disord* 2021;31: 100688.

48. Grant JE, Peris TS, Ricketts EJ, Lochner C, Stein DJ, Stochl J, Keuthen NJ. Identifying subtypes of trichotillomania (hair pulling disorder) and excoriation (skin picking) disorder using mixture modeling in a multicenter sample. *J Psychiatr Res* 2021;137: 603-612.

49. Oliveira EC, Leppink EW, Derbyshire KL, Grant JE. Excoriation disorder: Impulsivity and its clinical associations. *J Anxiety Disord* 2015; 30: 19-22.

50. Cavic E, Valle S, Chamberlain SR, Grant JE. Sleep quality and its clinical associations in trichotillomania and skin picking disorder. *Compr Psychiatry* 2021;105: 152221.

51. Keuthen NJ, Curley EE, Tung ES, Ittah K, Qasem A, Murad S, Odlaug BL, Leibovici. A comparison of clinical vs subclinical skin pickers in Israel. *Ann Clin Psychiatry* 2016; 28: 98-104.

52. Neziroglu F, Mancebo M. Skin picking as a form of self-injurious behavior. *Psychiatr Ann* 2001;31: 549-555.

53. Karaşar B, Canlı D. Psychological resilience and depression during the Covid-19 pandemic in Turkey. *Psychiatr Danub* 2020; 32: 273-279.

54. Kesebir S, Gündoğar D, Küçüksubaşı Y, Yaylacı ET. The relation between affective temperament and resilience in depression: a controlled study. *J Affect Disord* 2013; 148: 352-356.

55. Hjemdal O, Vogel PA, Solem S, Hagen K, Stiles TC. The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. *Clinical Psychol Psychother* 2011;18: 314-321.

Bipolar I bozukluk tanılı ötimik hastalarda duygu düzenleme güçlüklerinin işlevsellik üzerine etkisi

The effect of emotional dysregulation on functionality in euthymic patients diagnosed with bipolar I disorder

Gözde Akbaba¹, İbrahim Balcıoğlu²

¹Uzm. Dr., Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye, <https://orcid.org/0000-0003-2280-0730>

²Prof. Dr., Yeni Yüzyıl Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul Türkiye, <https://orcid.org/0000-0002-5475-3695>

ÖZET

Amaç: Son yıllarda yapılan birçok çalışmada bipolar bozuklukta hem atak dönemlerinde hem de ötimik dönemlerde yoğun işlevsellik kaybı olduğu gösterilmiştir. Çalışmanın amacı bipolar bozukluk tip I tanısı olan ötimik dönemdeki erişkinlerin duygu düzenleme güçlüklerinin işlevsellik üzerine etkisinin belirlenmesidir. **Yöntem:** Yaş, cinsiyet, eğitim durumu açısından eşleştirilmiş 36 kişiden oluşan Bipolar I (BP-I) tanısı alan hasta grubu ve 40 katılımcı ile bir kontrol grubu oluşturuldu. Duygu düzenlemeyle ilgili güncel ve klinik açıdan anlamlı güçlükleri değerlendirmek amacıyla Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ) ve işlevselliğin değerlendirilmesi için Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ) uygulandı. **Bulgular:** DDGÖ ölçeği toplam ($p=0,422$), Kabullememe ($p=0,870$), Hedefler ($p=0,488$), Dürtü ($p=0,220$), Farkındalık ($p=0,098$), Stratejiler ($p=0,682$), Açıklık ($p=0,262$) alt ölçekleri arasında, Wender Utah Derecelendirme Ölçeği toplam puanı ($p=0,261$) ve Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği toplam puanı ($p=0,766$) açısından hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar tespit edilemedi. KİDÖ toplam puanı her iki grupta benzer olmasına karşın ($p=0,558$), alt ölçek puanları açısından BP-I grubunda özerklik ($p=0,010$), bilişsel işlevsellik ($p=0,048$), mali konular ($p=0,004$) ve boş zaman etkinlikleri ($p=0,007$) puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksekti. Hasta grubunda KİDÖ toplam puanı ile DDGÖ stratejiler alt ölçeği arasında anlamlı bir pozitif korelasyon vardı ($r=0,338$, $p=0,044$). KİDÖ ve DDGÖ farklı alt ölçekleri arasında zayıf-orta derecede anlamlı pozitif korelasyonlar tespit edildi: mesleki işlevsellik (KİDÖ) ile kabullenememe (DDGÖ); bilişsel işlevsellik (KİDÖ) ile hedefler, stratejiler ve açıklık (DDGÖ); mali konular (KİDÖ) ile farkındalık (DDGÖ); boş zaman etkinlikleri (KİDÖ) ile hedefler ve farkındalık (DDGÖ). **Sonuç:** Hastalık dönemleri sonrasında psikososyal işlevsellik düzeylerinin iyileştirilmesi hedeflenmeli; işlevsellik düzeyinde bozulma ile ilişkilendirilen ötimik dönemdeki duygu düzenleme güçlüklerinin de uygun tedavi yöntemleri kullanılarak iyileştirilmesinin yararlı olacağı sonucuna varılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bipolar Bozukluk, Ötimi, Duygudurum, Duygu Düzenleme Güçlükleri, Emosyonel Disregülasyon, İşlevsellik

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2022;25:376-385)

DOI: 10.5505/kpd.2022.76736

SUMMARY

Objective: There is an intense loss of functionality in bipolar disorder both in mania or depressive periods and in euthymic periods. The study aims to determine effect of emotion regulation difficulties on functionality in adults in euthymic period diagnosed with bipolar disorder type I (BP-I). **Method:** Thirty-six patients with BP-I and control group of 40 persons, matched in terms of age, gender, educational status, were formed. The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) was used to assess current and clinically significant difficulties related to emotion regulation, and the Functional Assessment Short Test (FAST) was used to assess functionality. **Results:** There were no significant differences between patient and control groups in terms of total score of DERS ($p=0.422$), Nonacceptance ($p=0.870$), Goal-directed behaviour ($p=0.488$), Impulse ($p=0.220$), Awareness ($p=0.098$), Strategies ($p=0.682$), Clarity ($p=0.263$) subscale scores of DERS scale, Wender Utah Rating Scale total score ($p=0.261$), and Hamilton Anxiety Rating Scale total score ($p=0.766$). Although the FAST total score was similar in both groups ($p=0.558$), in the BP-I group in terms of subscale scores, autonomy ($p=0.010$), cognitive functionality ($p=0.048$), financial issues ($p=0.004$) and leisure time activities ($p=0.007$) scores were statistically significantly higher than the control group. In the patient group, there was a significant positive correlation between the FAST total score and the DERS strategies subscale ($r=0.338$, $p=0.044$). Weak-to-moderate significant positive correlations were found between different subscales of FAST and DERS; those were occupational functionality (FAST) and non-acceptance (DERS); cognitive functionality (FAST) with goals, strategies, and clarity (FAST); financial issues (FAST) and awareness (DERS); leisure activities with goals (FAST) and awareness (DERS). **Conclusion:** It should be aimed to improve the psychosocial functionality levels after the illness periods; it is concluded that it would be beneficial to improve emotion regulation difficulties in the euthymic period, which is associated with impaired functionality, by using appropriate treatment methods.

Key Words: Bipolar Disorder, Euthymia, Mood, Emotional Dysregulation, Functionality

GİRİŞ

Bipolar Bozukluk (BP) mani, hipomani, depresyon epizotları veya karma epizotlarla seyreden ciddi, kronik seyirli bir rahatsızlıktır. BP'nin yıllık insidansı 100.000'de 3-5 arası değişmekle beraber yaşam boyu prevalansının %3-7 olduğu tahmin edilmektedir. Bipolar Bozukluk tip-I (BP-I) ve Bipolar Bozukluk tip II'nin (BP-II) en sık 12-30 yaş arasında başladığı ifade edilmektedir (1,2).

BP çalışma yeteneği dahil olmak üzere, neredeyse tüm yaşam alanlarında işlevselliği önemli ölçüde bozmaktadır. Genel olarak BP uygun farmakoterapi ve psikososyal müdahaleler ile yönetilebilir, ancak rezidüel klinik semptomlar ve disfonksiyon, aktif tedavi olsa dahi devam edebilir. Bu nedenle, BP hastalarını tedavi ederken duygudurum belirtileri ve işlevsellik sürekli olarak yeniden değerlendirilmelidir (1).

Duygu Düzenlemede Güçlükler Tanımı

Duygu düzenleme güçlüğü duygulara esnekçe cevap verme ve duyguları yönetmede başarısızlık olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım basit olsa da duygu düzenleme güçlükleri başlığı altında incelenen olgularda önemli farklılıklar vardır. Yetişkin beyin görüntüleme çalışmalarında ve hayvan örneklerinde, amigdala, hipokampus ve prefrontal korteks dahil olmak üzere birçok önemli beyin yapısının duygu düzenlemedeki rolü gösterilmiştir. Duygu düzenleme gelişimsel yönden ele alındığında doğumdan itibaren ailenin çocuğun duygularına verdiği yanıtların çok önemli etkileri olduğu ve bakım verenden gelen yanıtsızlığın güçlüklerle yol açtığı bildirilmiştir (3). Yaş ilerledikçe, duyguların denetimi ve ifade edilmesini yöneten kurallar öğrenildikçe, duygu düzenleme becerileri gelişmeye devam eder (4).

Bipolar Bozuklukta İşlevsellik

Son yıllardaki araştırmalar, birçok BP hastasındaki sendromal iyileşmeye rağmen hastalarda bozukluğa ait hafif belirtilerin ve işlevsel bozulmanın olduğunu göstermektedir (5). Bu durum nüks riskinin daha yüksek olduğuna ve daha yoğun terapötik müdahalelere ihtiyaç duyulduğuna işaret etmektedir (6). Epizotlar arası dönemde devam eden bozulmanın altta yatan nedenlerinin anlaşılması yaşam kalitesini arttırmaya yönelik müdahalelerin neler olduğunun anlaşılmasında önem arz etmektedir (7). Epizotlar arası duygu

düzenlemede güçlüklerin varlığının hastalık belirtilerinin bu dönemlerde de devam etmesine neden olan mekanizmalardan biri olduğu ve işlevselliği olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (8,9).

Bu çalışmanın birincil amacı BP-I tanısı olan ötimik dönemdeki erişkin hastalarda duygu düzenleme güçlüklerinin varlığının ve şiddetinin değerlendirilmesidir. Çalışmamızın ikincil amacı BP-I tanısı almış olan erişkinlerde duygu düzenleme güçlüklerinin işlevsellik üzerine etkisi olup olmadığının belirlenmesidir. Çalışmamızın birinci hipotezi: "Hastalarda Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ) ölçek puanlarının sağlıklı kontrol grubundakilere göre daha yüksektir." (H1). İkinci hipotezi: "Duygu düzenlemede güçlükler BP-I'in ötimik döneminde işlevsellik düzeyini olumsuz yönde etkiler." (H2) şeklindedir.

YÖNTEM

Çalışma Örnekleme

Araştırmaya yönelik Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Psikiyatri polikliniğine Temmuz 2017- Ekim 2017 tarihleri arasında başvuran, DSM-IV tanı ölçütlerine göre BP-I tanısı alan ötimik durumdaki (son iki ay içerisinde manik, depresif, hipomanik ya da karma dönem geçirmemiş) 18-65 yaş arası 58 hasta ile görüşme yapılmıştır. Eksen I Bozuklukları için DSM-IV ile uyumlu Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis I Disorders; SCID-I) ile yapılan değerlendirme sonunda, Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ) ile 36 üzeri puan alan üç hasta, demans tanı ölçütlerini karşılayan bir hasta, Hamilton Anksiyete Ölçeğinde elde ettiği skor 15 ve üzeri üzerinde olan 15 hasta ve DSM-IV ölçütlerine göre Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) tanısı alan üç hasta çalışmadan dışlanmış, araştırmaya 36 hasta dahil edilmiştir. Borderline Kişilik Bozukluğu tanısı takip eden klinisyenin kanaati doğrultusunda DSM-IV-TR'de tanımlanan tanı ölçütlerinden en az beşini gösteren hastalara konulmuştur (10). Kontrol grubu geçmişte herhangi bir psikiyatrik tanı almamış, psikotrop ilaç kullanmamış, psikiyatrik yakınması olmayan ve olgu grubu ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu açısından eşleşen bireylerden oluşturulmuştur. Polikliniğe asılan afişlerle yapılan duyuruya yanıt veren bireylerle psikiyatri uzmanlık öğrencisi hekim tarafından görüşme yapılmış ve SCID-I

yapılandırılmış görüşmesinde herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısını karşılamayan, 18 yaşından büyük ve 65 yaşından küçük, ciddi bir tıbbi hastalığı olmayan, çalışmaya katılmaya yazılı onam veren ve eğitim düzeyi bakımından en az okur yazar olan 40 kişi çalışmanın kontrol grubuna dâhil edilmiştir. Çalışmadan dışlama ölçütleri; (i) çalışmaya katılmak istememe, (ii) çalışma izlem şemasının gereklerini yerine getirmeme ve çalışma programını aksatma, (iii) yaşam boyu zekâ geriliği, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar ve borderline kişilik bozukluğu tanılarının olması, (iv) WUDÖ skoru 36 üzeri olma (11), (v) bilişsel bozukluklar (deliryum, demans vb.), (vi) son altı ay içinde alkol ve madde kullanım bozuklukları tanısı almış olma, (vii) genel tıbbi durumda bozulmaya yol açan herhangi bir hastalık tanısı almış olma (solunum yetmezliği, maligniteler, sistemik enfeksiyonlar, dekompanse kalp yetmezliği, karaciğer ve böbrek yetmezliği, sıvı-elektrolit dengesizliği vb.), (viii) Parkinson ve epilepsi tanılarının olması, inme öyküsü veya kafa travması geçirmiş olma Dışlanma ölçütü olarak belirlenen durumların tespitinde hastaların özgeçmiş sorgulaması yanında tıbbi kayıtları dikkate alınmıştır. Çalışmamız 04.07.2017 tarihinde Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu tarafından A-11 karar numarasıyla etik açıdan uygun bulunmuştur.

Gereçler

Sosyodemografik ve klinik veri formu: Bu form ilgili literatür ışığında araştırmacılar tarafından hazırlanan hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışabilirlik durumu, yalnız yaşayıp yaşamadığı, hane geliri, tıbbi eş tanı, sigara ve alkol kullanımı, cinsel- fiziksel travma varlığı ve genel klinik ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Görüşmeci tarafından doldurulmuştur.

DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, (SCID-I): First ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (12). DSM-IV Eksen I ruhsal bozuklukları için yapılandırılmış bir klinik görüşmedir. SCID-I tanısız değerlendirme için uygun bir biçimde uygulanmasını sağlayarak tanı güvenilirliğinin artırılmasını, DSM-IV tanı ölçütlerinin taranmasını kolaylaştırarak tanılarının geçerliğinin artırılmasını, belirtilerin sistematik olarak araştırılmasını sağlar. 1999 yılında Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından Türkçe formun güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları yapılmıştır

(9).

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) (Hamilton Depression Rating Scale): Son bir hafta içerisindeki depresyon belirtilerini sorgulayan 17 maddeden oluşur. Görüşmeci tarafından doldurulur, puanlandırma ve değerlendirme görüşmeci tarafından yapılır. Ölçeğin uykuya dalma güçlüğü, gece yarısı uyanma, sabah erken uyanma, bedensel ve cinsel belirtiler, zayıflama ve iç görüyle ilgili maddeleri “0-2”, diğer maddeleri “0-4” arasında derecelendirilmiştir. Alınabilecek en düşük puan ‘0’, en yüksek puan ‘53’tür. Ölçeğin İngilizce formu ile yapılan çalışmada “0-7” puan depresyonun olmadığını, “8-15” puan arası hafif derecede depresyonu, “16-28” arası orta derecede depresyonu, “29” ve üzeri ağır derecede depresyonu gösterir (13). Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması 1996 yılında Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (8). Çalışmada Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0,75 olarak hesaplanmıştır. Dört psikiyatristin bağımsız derecelendirmelerine dayanan derecelendiriciler arası güvenilirlik katsayılarının 0,87 ile 0,98 değerleri arasında bulunduğu ifade edilmiştir. Türkiye’de yapılan çalışmada kesme puanı hesaplanmamıştır.

Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A) (Hamilton Anxiety Rating Scale): Görüşmeci tarafından doldurulan bu ölçek son 72 saat içindeki anksiyete düzeyini değerlendirmek üzere kullanılır. “0-4” arasında puanlanan toplam 14 sorudan oluşmaktadır. Alınabilecek puan “0-56” arasında değişir. Beş maddesi psikolojik ve dokuz maddesi bedensel olmak üzere iki alt ölçekten oluşur. Puanlandırma ve değerlendirme görüşmeci tarafından yapılır. Ölçeğin İngilizce formu ile yapılan çalışma sonuçlarına göre, her bir soru için 0-4 arası bir puan verilir (0: yok, 1: hafif, 2: orta, 3: şiddetli, 4: çok şiddetli) Tüm maddelerin puanları toplanarak toplam puan hesaplanır. 0-5 puan anksiyetenin olmadığını, 6-14 puan minör (hafif-orta düzeyde anksiyeteyi), 15 puan ve üstü ağır düzeyde anksiyeteyi göstermektedir (14). Yazıcı ve arkadaşları tarafından Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması yapılmıştır (15). Türkiye’de yapılan çalışmada kesme puanı hesaplanmamıştır.

Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ): Görüşmeci tarafından doldurulan, Young ve arkadaşları (16) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması Karadağ

ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (17). Çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısının 0,79 bulunduğu ifade edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık gösteren ölçek maddelerinin toplam puana göre korelasyonları 0,407-0,847 arasında bulunmuştur.

Wender Utah Derecelendirme Ölçeği- 25 maddeli (Wender Utah Rating Scale-25: WURS-25) (WUDÖ-25): WUDÖ, erişkinlerde DEHB tanısının konabilmesi için geliştirilen Utah ölçütleri temel alınarak Ward ve arkadaşları tarafından 1993 yılında geliştirilmiştir (18). Çocukluktaki DEHB belirtilerini geriye dönük olarak sorgulayarak erişkinlerde DEHB tanısının konmasına yardımcı olmak amacıyla geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. Öncü ve arkadaşları tarafından 2005 yılında WUDÖ'nün 25 maddelik kısa formunun Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması yapılmıştır. Ölçek kapsamlı psikiyatrik ve nöropsikolojik değerlendirme sonrası DSM-IV tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı almış olan 59 hastaya uygulanmıştır. Kesme noktası olarak 36 ve üzeri alındığında; duyarlılık %82,5, özgüllük ise %90,8 olarak saptanmıştır.(19) “İrritabilite”, “Depresyon”, “Okul Sorunları”, “Davranış Sorunları/Dürtüsellik” ve “Dikkat Eksikliği” olarak adlandırılan beş faktör elde edilmiştir (19).

Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ) (Functional Assessment Short Test; FAST): Ölçek Rosa ve ark. tarafından geliştirilmiş (20). Ölçeğin güvenilirlik ve geçerlik çalışması Aydemir ve Uykur tarafından 2012 yılında yapılmıştır (21). Çalışmada güvenilirlik çözümlemelerinde Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,960, test-yeniden test güvenilirlik katsayısı 0,945 bulunmuştur. Dörtlü Likert tipi değerlendirme sağlayan, 24 maddeli bir öz bildirim ölçeğidir ve altı boyuttan oluşmaktadır: Özerklik, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, mali konular, kişiler arası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri. Yüksek puanlar işlevsellikte bozulmayı gösterir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması Aydemir ve Uykur tarafından 2012 yılında yapılmıştır (21). Çalışmada güvenilirlik çözümlemelerinde Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,960, test-yeniden test güvenilirlik katsayısı 0,945 bulunmuştur.

Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ) (Difficulties in Emotion Regulation Scale: DERS): Otuz altı maddeli bir öz-bildirim ölçeği olan DDGÖ, duygu düzenlemeyle ilgili güncel ve klinik

açıdan anlamlı güçlükleri değerlendirir. Katılımcılardan Likert tipi ölçek (1=hemen hiçbir zaman, 5=hemen her zaman) kullanılarak kendilerine sunulan ifadenin sıklığını değerlendirmeleri istenmektedir. Altı alt ölçekten oluşmaktadır: Kabullenememe (ör. “Üzgün olduğumda bu şekilde hissettiğim için kendimden utanırım”), Hedefler (ör. “Üzgün olduğumda işlerimi bitirmekte zorlanırım”), Dürtü (ör. “Üzgün olduğumda davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim”), Farkındalık (ör. “Üzgün olduğumda gerçekten ne hissettiğimi düşünmek için zaman yaratırım”), Stratejiler (ör. “Üzgün olduğumda kendimi iyi hissetmek için hiçbir şey yapamayacağımı düşünürüm”) ve Açıklık (ör. “Ne hissettiğimle ilgili kafam karışık”). Ölçekle ilgili yüksek güvenilirlik ve kabul edilebilir yapı ile ön görücü geçerlik değerleri bulunmaktadır. DDGÖ toplam puanının iç tutarlılığı 0,94 olarak bulunmuştur. Ölçeğin yetişkinler için Türkçe güvenilirlik ve geçerlik değerlendirmeleri 2010 yılında Rugancı ve Gençöz tarafından yapılmıştır (22). Bu değerlendirmede DDGÖ'nün Türkçe formunda onuncu maddenin çıkarılması önerilmiştir (23,24).

Çalışmanın aşamaları

Çalışma kapsamına alınan hastalara ve kontrol grubuna yapılan ön değerlendirme sonrasında Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) uygulandı. HAM-D'den 7 veya daha az, YMDÖ'den 5 veya daha az alan olgular ötimik durumda kabul edilerek çalışmaya dahil edildi. Sosyodemografik Veri Formu uygulandı. Hastaların anksiyete düzeyini belirlemek için Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A), işlevselliğin değerlendirilmesi için Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ) uygulandı, doğası gereği sık eşlik edebileceği düşünülen hafif-orta anksiyetesi (HAM-A puanı <15) bulunan hastalar çalışmaya alındı (15,25). Hasta ve kontrol grubuna öz bildirim dayalı Duygudurum Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ), Wender-Utah Derecelendirme (WUDÖ) ölçekleri verildi (11).

İstatistiksel İncelemeler

Çalışmadan elde edilen verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler sürekli (sayısal) değişkenler için dağılıma bağlı olarak ortalama $\pm$ standart sapma veya ortanca minimum ve maksimum olarak

Tablo 1. Örneklem sosyodemografik özellikleri.

	BP-I Grubu (n=36)	Kontrol Grubu (n=40)	Test İstatistiği	p
Yaş (yıl)	38,3 ± 10,6	35,5 ± 10,1	1,191	0,237**
Cinsiyet				
Kadın	13 (36,1)	21 (52,5)	2,058	0,151*
Erkek	23 (63,9)	19 (47,5)		
Medeni hal				
Bekar	13 (36,1)	12 (30,0)	5,568	0,062*
Evlü	19 (52,8)	28 (70,0)		
Boşunmuş	4 (11,1)	0 (0,0)		
Birlikte yaşam				
Yalnız	1 (2,8)	1 (2,5)	0,006	0,999*
Aileyle	35 (97,2)	39 (97,5)		
Eğitim düzeyi				
Okuryazar	7 (19,4)	3 (7,5)	5,435	0,240*
İlköğretim	3 (8,3)	8 (20,0)		
Lise	15 (41,7)	13 (32,5)		
Üniversite	11 (30,6)	15 (37,5)		
Yüksek lisans	0 (0,0)	1 (2,5)		
Eğitim süresi (yıl)	11,0 [5,0 – 17,0]	-	-	-
Çalışma durumu				
Çalışıyor	24 (66,7)	28 (70,0)	4,305	0,213*
Çalışmıyor	10 (27,8)	7 (17,5)		
Emekli	1 (2,8)	5 (12,5)		
Öğrenci	1 (2,8)	0 (0,0)		
Hane gelir düzeyi (TL)	3500,0 [700,0 – 10000,0]	3750,0 [1600,0 – 10000,0]	592,59	0,182***
Eşlik eden hastalık, var	10 (27,8)	3 (7,5)	5,495	0,041*
Hipotiroidi, var	2 (5,6)	1 (2,5)	0,467	0,601*
Diabetes mellitus, var	2 (5,6)	2 (5,0)	0,012	0,999*
Hipertansiyon, var	2 (5,6)	0 (0,0)	2,382	0,221*
Astım, var	1 (2,8)	0 (0,0)	1,126	0,471*
Diğer, var	4 (11,1)	1 (2,5)	2,286	0,181*
Sigara kullanımı, evet	22 (61,1)	18 (45,0)	1,973	0,210*
Alkol kullanımı, evet	5 (13,9)	6 (15,0)	0,019	0,999*
Cinsel travma öyküsü, var	4 (11,1)	0 (0,0)	4,691	0,046*
Fiziksel travma öyküsü, var	3 (8,3)	0 (0,0)	-	-

BP-I: Bipolar bozukluk tip-I

Tanımlayıcı istatistikler sayısal değişkenler için dağılıma bağlı olarak ortalama ± standart sapma veya ortanca,

[minimum – maksimum], kategorik değişkenler için sayı (%) şeklinde verildi.

* Pearson Chi-Square, Fisher's Exact veya Fisher Freeman Halton testi.

** Bağımsız Örneklem t-testi.

*** Mann-Whitney U testi

tablo halinde verildi. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak özetlendi. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov ve Anderson-Darling testleri ile kontrol edildi.

Bağımsız iki grup karşılaştırmalarında; sayısal değişkenlerin normal dağılım gösterdiği durumlarda Bağımsız Örneklem T-Testi, sayısal değişkenlerin normal dağılım göstermediği durumlarda ise Mann Whitney U testi kullanıldı.

Gruplara göre kategorik değişkenler arasındaki farklılık karşılaştırmalarında beklenen gözelerin 5 ve üzerinde olan 2x2 tablolarda Pearson Ki-Kare, beklenen gözelerin 5'in altında olduğu tablolarda ise Fisher's Exact Testi kullanılırken, beklenen gözelerin 5'in altında olduğu RxC tablolarda ise Fisher Freeman Halton testi kullanıldı.

Ölçek puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman's rho korelasyon katsayısı kullanıldı. Elde edilen rho korelasyon katsayılarına göre, korelasyon sayılarının derecelendirilmesinde takip eden eşleştirme dikkate alındı: çok zayıf ya da ilişkisiz (0,00-0,249), zayıf-orta (0,25-0,499), orta (0,50-0,699), iyi (0,70-0,899), çok iyi (0,90-1,0) (25).

İstatistiksel analizler “Jamovi project (2022), Jamovi (Version 2.2.5.0) [Computer Software] (<https://www.jamovi.org>'dan alınmıştır.) ve JASP (Version 0.16.1) (<https://jasp-stats.org>'dan alınmıştır.) programları ile yapıldı ve istatistik analizlerde anlamlılık düzeyi 0,05 (p değeri) olarak dikkate alındı.

BULGULAR

Sosyodemografik Veriler ve Klinik Özellikler

Çalışmamıza Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında BP-I tanısı konmuş 36 hasta (BP-I grubu) ve kontrol grubu olarak da herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan 40 kişi (Kontrol grubu) dahil edildi. Hasta ve sağlıklı kontrollere ait sosyodemografik veriler Tablo 1' de verilmiştir.

İki grup arasında yaş (p=0,237), cinsiyet

Tablo 2. Hastaların genel klinik özellikleri

	BP-I Grubu (n=36)
Hastane yatış sayısı	2,0 [0,0 – 12,0]
Epizot şiddeti	
Orta	14 (38,9)
Şiddetli	22 (61,1)
Mani (Toplam epizot sayısı)	3,0 [0,0 – 10,0]
Hipomani	0,0 [0,0 – 8,0]
Depresyon	0,0 [0,0 – 10,0]
Karma	0,0 [0,0 – 7,0]
Post-partum özellik varlığı, var	4 (11,1)
Psikotik semptom varlığı, var	11 (52,4)
Duygu durumu uyumlu	10 (47,6)
Duygu durumu uyumsuz	2 (5,6)
Katatolik özellik varlığı, var	15 (41,7)
Melankolik özellik varlığı, var	7 (19,4)
Atipik depresyon varlığı, var	2 (5,6)
Hızlı döngülülük varlığı, var	4 (11,1)
Antidepresan ile kayma, var	23 (63,9)
Yaşam olayı varlığı, var	30 (83,3)
Epizotlararası tam düzleme varlığı, var	2 (5,6)
Konik gidiş varlığı, var	11 (30,6)
Özkıymı girişi	11 (52,4)
Özkıymı girişi sayısı	1,0 [1,0 – 3,0]
1 kez	10 (90,9)
2 kez	1 (9,1)

BP-I: Bipolar bozukluk tip-I

Tanımlayıcı istatistikler sayısal değişkenler için dağılıma bağlı olarak ortanca [minimum – maksimum], kategorik değişkenler için sayı (%) şeklinde verildi.

Tablo 3. BP-I ve kontrol gruplarının ölçek skorları açısından karşılaştırılması.

	BP-I Grubu (n=36)	Kontrol Grubu (n=40)	Test İstatistiği	P
Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (Toplam)	12.0 [6.0 - 28.0]	10.5 [5.0 - 28.0]	643.00	0.422*
Kabullenememe	13.1 ± 4.5	12.9 ± 3.9	0.165	0.870**
Hedefler	12.5 [6.0 - 26.0]	11.0 [6.0 - 5.0]	653.50	0.488*
Dürtü	14.5 [6.0 - 36.0]	13.0 [7.0 - 30.0]	602.50	0.220*
Farkındalık	19.5 ± 8.1	16.7 ± 6.1	1.702	0.098**
Stratejiler	10.9 ± 3.7	10.6 ± 2.9	0.417	0.682**
Açıklık	86.7 ± 24.5	81.0 ± 19.4	1.143	0.263**
Wender Utah Derecelendirme Ölçeği	15.5 [0.0 - 35.0]	12.0 [0.0 - 34.0]	612.00	0.261
Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği	6.5 [0.0 - 13.0]	6.5 [0.0 - 13.0]	691.50	0.766*
Anksiyete negatif (Puan 0-5)	15 (41.7)	18 (45.0)	0.086	0.770***
Minör anksiyete (Puan 6-14)	21 (58.3)	22 (55.0)		
Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği	2.0 [0.0 - 12.0]	1.0 [0.0 - 9.0]	665.50	0.558*
Özerklik	4.0 [0.0 - 15.0]	1.0 [0.0 - 13.0]	682.50	0.010*
Mesleki işlevsellik	4.0 [0.0 - 15.0]	2.0 [0.0 - 9.0]	582.00	0.146*
Bilişsel işlevsellik	1.0 [0.0 - 6.0]	0.0 [0.0 - 4.0]	550.00	0.048*
Mali konular	3.0 [0.0 - 15.0]	1.0 [0.0 - 13.0]	448.00	0.004*
Kişiler arası ilişkiler	2.0 [0.0 - 6.0]	1.5 [0.0 - 6.0]	573.00	0.117*
Boş zaman etkinlikleri	18.0 [0.0 - 63.0]	7.5 [0.0 - 37.0]	461.00	0.007*
Young Mani Derecelendirme Ölçeği	0.0 [0.0 - 7.0]	0.0 [0.0 - 3.0]	658.50	0.414*
Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği	0.5 [0.0 - 7.0]	0.0 [0.0 - 6.0]	636.00	0.449*

BP-I. Bipolar bozukluk tip-I

Tanımlayıcı istatistikler sayısal değişkenler için dağılıma bağlı olarak ortalama ± standart sapma veya ortanca.

[minimum - maksimum]; kategorik değişkenler için sayı (%) şeklinde verildi

* Mann-Whitney U testi.

** Bağımsız örneklem t-testi.

*** Pearson Chi-Square testi.

(p=0,151), medeni hal (p= 0,062), eğitim düzeyi ve süresi (p=0,240), birlikte yaşam varlığı (p=0,999), çalışma durumu (p=0,213), hane geliri (p=0,182), sigara (p=0,240) ve alkol (p=0,999) kullanımının olup olmadığı yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Herhangi bir ek hastalık olma durumu anlamlı olarak BP-I grubunda daha yüksekti (p=0,041). Cinsel travma hikayesi BP-I grubunda dört hastada saptandı. Kontrol grubunda cinsel travma öz geçmişi olan hasta yoktu (p=0,046).

Hastalara ilişkin klinik özellikler Tablo 2'de sunulmuştur.

BP-I ve Kontrol Gruplarının DDGÖ, Wender Utah, Hamilton Anksiyete ve Kısa İşlevsellik Derecelendirme Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

BP-I ve kontrol grupları DDGÖ açısından karşılaştırıldığında, DDGÖ ölçeği toplam ve alt ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı farklılıklar tespit edilememiştir. DDGÖ Toplam (p=0,422), Kabullenememe (p=0,870) Hedefler (p=0,488), Dürtü (p=0,220), Farkındalık (p=0,098), Stratejiler (p=0,682), Açıklık (p=0,263) (Tablo 3).

Gruplar arasında Wender Utah Derecelendirme Ölçeği toplam puanı açısından anlamlı bir farklılık yoktu (p=0,261). Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği puanı ve anksiyetenin derecesi ile ilgili gruplandırma açısından BP-I ve kontrol grupları benzerdi (p=0,766 ve p=0,770). Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği toplam puanı her iki grupta benzerdi (p=0,558). Alt ölçek puanları açısından BP-I grubunda özerklik (p=0,010), bilişsel işlevsellik (p=0,048), mali konu-

lar (p=0,004) ve boş zaman etkinlikleri (p=0,007) ortalanca puanları kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti.

BP-I grubunda KİDÖ puanlarının DDGÖ puanları ile korelasyonları

Bipolar Bozukluk I grubunda KİDÖ puanlarının DDGÖ puanları ile korelasyonları Tablo 4'te sunuldu.

BP-I grubunda: KİDÖ toplam puanı ile DDGÖ stratejiler alt ölçeği arasında anlamlı bir pozitif korelasyon vardı (r=0,338, p=0,044). Özerklik alt ölçeği ile DDGÖ ölçeğinin hiçbir alt ölçeği arasında korelasyon saptanmadı. KİDÖ Mesleki işlevsellik alt ölçeği ile DDGÖ ölçeğinin kabullenememe alt ölçeği arasında anlamlı bir pozitif korelasyon saptandı (r=0,334, p=0,046). Korelasyon derecesi zayıf-orta olarak değerlendirildi. KİDÖ Bilişsel İşlevsellik alt ölçek puanı ile DDGÖ hedefler (r=0,436, p=0,008), stratejiler (r=0,361, p=0,031) ve açıklık alt ölçek puanları (r=0,337, p=0,044) arasında zayıf-orta pozitif korelasyonlar tespit edildi. Mali konular ile farkındalık (r=0,341, p= 0,042), boş zaman etkinlikleri ile hedefler (r=0,364, p=0,029) ve farkındalık (r=0,361, p=0,031) arasında da zayıf-orta pozitif korelasyonlar tespit edildi. Diğer korelasyonlar açısından anlamlı bir ilişki gösterilemedi. (Tablo 4).

TARTIŞMA

Olgu ve kontrol grupları arasında yaş, eğitim yılı ve cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel farkın olmaması olguların karşılaştırılabilir olduğunu desteklemektedir. Özellikle son yıllarda BP'de işlevsellik kaybının bir istisna olmadığı ve hem atak

Tablo 4. BP-I grubunda KİDÖ puanlarının DDGÖ puanları ile korelasyonları

	KİDÖ Toplam		Özerklik		Mesleki işlevsellik		Bilişsel işlevsellik		Mali konular		Kişiler arası ilişkiler		Boş zaman etkinlikleri	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
DDGÖ Toplam	0.041	0.811	0.321	0.057	0.073	0.673	-0.256	0.131	0.328	0.050	0.075	0.662	0.326	0.053
Kabullenememe	0.152	0.375	0.279	0.100	0.334	0.046	0.121	0.482	0.112	0.517	0.002	0.989	0.252	0.139
Hedefler	0.120	0.485	0.216	0.205	0.298	0.077	0.436	0.008	0.266	0.117	0.069	0.687	0.364	0.029
Dürü	0.049	0.778	-0.070	0.686	-0.078	0.649	-0.054	0.735	-0.198	0.247	-0.268	0.114	-0.089	0.604
Farkındalık	0.207	0.225	0.252	0.139	0.281	0.097	0.294	0.082	0.341	0.042	0.087	0.613	0.361	0.031
Stratejiler	0.338	0.044	0.183	0.285	0.270	0.111	0.361	0.031	0.128	0.456	-0.010	0.955	0.257	0.130
Açıklık	0.107	0.535	0.219	0.200	0.288	0.089	0.337	0.044	0.235	0.169	-0.006	0.974	0.313	0.063

BP-I: Bipolar bozukluk tip-I

KİDÖ: İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği DDGÖ: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği

r: Spearman rho korelasyon katsayısı

dönemlerinde hem de ötimik dönemlerde yoğun işlevsellik kaybı olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmalar, klinik değişkenler ve sosyodemografik veriler üzerine yoğunlaşmaktadır (26, 27). Ancak BP'nin çekirdek özelliklerinden biri olarak gösterilen duygu düzenlemede güçlükler üzerine yeterli çalışma bulunmamaktadır (28).

Çalışmamızda ötimik dönemindeki BP-I tanılı hasta grubu ile kontrol grubu arasında KİDÖ ölçeğine ait özerklik, bilişsel işlevsellik, mali konular ve boş zaman etkinlikleri puanları açısından anlamlı bir farklılık tespit ettik. Beklendiği gibi hasta grubundaki işlevsellik puanları kontrol grubundan daha düşüktü ve bu sonuç literatür ile uyumluydu (29).

Duygu Düzenlemede Güçlükler ve İşlevsellik İlişkisi

Çalışmamızın hipotezlerinden biri duygu düzenlemede güçlüklerin BP-I'in ötimik döneminde de işlevsellik düzeyini olumsuz yönde etkileyeceğiydi

Çalışmamızda Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği puanları ile Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Bu ilişkiler mesleki işlevsellik ile kabulleneme ve bilişsel işlevsellik ile hedefler, stratejiler ve açıklık, mali konular farkındalık ve boş zaman etkinlikleri ile hedefler ve farkındalık alt ölçek puanları arasında idi. Korelasyon dereceleri zayıf-orta olarak değerlendirildi.

Büyük bir araştırma hacmine sahip bir derlemede yazarlarca bildirildiği şekliyle: "BP'deki spesifik duygu düzenleme stratejileri araştırılmıştır. Ruminasyon ve yatıştırma gibi uyumsuz stratejilerin, kontrollere kıyasla BP'de yüksek olduğu ve bu özel stratejilerin duygudurum semptomları üzerinde zararlı bir etkisinin olduğu bildirilmiştir. BP'nin, unipolar depresyona benzer bir duygu düzenleme stratejisi profiline sahip olduğu ancak diğer klinik gruplarla sınırlı karşılaştırma olduğu ifade edilmiştir. Kontroller ve deneysel çalışmalarla

yapılan karşılaştırmaların gösterdiği gibi, BP'li kişilerde genellikle uyarlanabilir stratejileri kullanmada eksikliklerin olmadığı belirtilmiştir"(30).

Literatürde BP'de duygu düzenlemede güçlükler ve işlevsellik arasındaki ilişkiyi inceleyen bir başka çalışmada epizotlar arası duygu düzenleme güçlüklerinin hastalık belirtilerinin bu dönemlerde de devam etmesine neden olan mekanizmalardan biri olduğu ve işlevselliği olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (8,9). Çalışmada duygu düzenleme güçlüğüne katılımcıların ev ve mesleki işlevselliğinde bozulmalara neden olduğu bildirilmiştir (7). Bizim çalışmamızda özerklik ile DDGÖ alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Bilişsel işlevsellik ile hedefler, stratejiler ve açıklık alt ölçek puanları arasında zayıf-orta bir korelasyon vardı. Mesleki işlevsellik ile duygu düzenlemede güçlükler alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki sadece mesleki işlevsellik ile kabullenememe alt ölçek puanları arasında saptandı. Bir diğer anlamlı ilişki mali konular ve boş zaman etkinlikleri ile hedefler ve farkındalık alt ölçek puanları arasında idi. Diğer alt ölçek puanları arasında bir ilişki saptanmamakla beraber farkın kullanılan ölçeklerin farklı olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Bulgularımıza dayanılarak duygu düzenlemede güçlükler ile bazı işlevsellik alanlarındaki ilişkinin yapılacak yeni çalışmalar ile ortaya konması gerekliliği sonucuna varılabilir.

Duygu düzenleme eksikliklerine müdahale konusunda BP/BKB eş tanısı için formüle edilmiş sınırlı tedavi yolları vardır. Üzerinde durulması gereken durumların impulsivite ve hedefe yönelik davranışlar olması gerektiği belirtilmiştir (31). Tunus'ta yapılan bir çalışmada ötimik bipolar bozukluğu olan hastaların tatmin edici düzeyde adaptif duygu düzenleme stratejileri gösterdikleri ifade edilmiştir (32). Dahası, bu grupta, felaketleştirme ve ruminasyon gibi maladaptif bilişsel baş etme biçimlerine yönelik psikoterapiler önem taşımaktadır ve maladaptif bilişsel stratejilerin tedavisi özellikle değerli olacaktır. Örneğin

ruminasyon odaklı BDT veya kabul/kararlılık temelli terapiler maladaptif kontrol odaklı stratejileri önlemeyi, duygusal farkındalığın artırılması ile üzücü düşünce ve duyguların kabulünü vurgulamayı amaçlamaktadır (33,34). Diğer modaliteler zihinselleştirme temelli tedavi ya da Diyalektik Davranışçı Terapi (DDT) olup, amigdala aktivitesindeki değişimin araştırıldığı BKB grubunda 12 aylık DDT sonrası amigdala aktivasyonunun azaldığı bildirilmektedir. Ayrıca alta yatan benzer ya da farklı nörobiyolojiye bağlı olarak BP için de etkili bir tedavi yöntemi olabileceği bildirilmiştir (24). Bu durumda, ikinci basamak tedavi adaptif stratejilerin kullanımını iyileştirmeyi de içerecek şekilde kalan duygu düzenleme stratejilerinin iyileştirilmesi olacaktır (23).

Duygu Düzenleme Güçlükleri Bipolar Bozukluğun Çekirdek Belirtilerinden Biri midir?

Çalışmamızda DDGÖ alt ölçek ortanca puanları BP grubunda sağlıklı kontrollerle kıyaslandığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Duygu düzensizliklerinin BP-I ile ilişkili olduğu tartışılmakta olan bir konudur. Bununla birlikte, deneysel olarak kontrol edilen duygu düzenleme çalışmaları arasında, özellikle varsayılan eksikliklerin beyin yapı ve işlevi ile korelasyonları üzerine yoğunlaşan çalışmaların sayısı yetersiz ve var olan çalışmaların sonuçları tutarsızdır. Bir fMRG çalışmasında, BP-I hastalarının, talimat verildiğinde duygularını aşağı regüle (down regulation) edebildikleri gösterilmiştir (35). BP-I bozukluğu olan ve sağlıklı bireylerin, etkili ve yaygın bir duygu düzenleme biçimi olan bilişsel yeniden değerlendirmeyi kullanma yeteneklerinde farklılık gösterip göstermediğini inceleyen bir başka araştırmada, yeniden değerlendirmenin hem sağlıklı yetişkinlerde hem de bipolar bozukluğu olan bireylerde hem olumsuz hem de olumlu duygular için etkili bir düzenleme stratejisi olabileceği bildirilmektedir (36). Ancak BP'de spesifik duygulanım boyutlarını değerlendiren az çalışma bulunmaktadır (37). Literatürde, kişilik testlerinin kullanıldığı çalışmalarda, BP hastalarının kontrollerden daha fazla emosyonel instabilite skoruna sahip oldukları gösterilmiştir (27). BP, BKB ve komorbid grupta DDGÖ alt ölçek skorlarını karşılaştıran bir çalışmada, komorbid grupta stratejiler alt ölçek puanının diğer gruplardan fazla çıktığı saptanmış.

Bu çalışmada kontrol grubunun olmaması bir sınırlılık olarak belirtilmektedir (26).

Özbildirim ölçekleri kullanılarak yapılan bir başka çalışmada, BP tanılı bireylerin, ötimik durumda dahi kontrol grubundan daha fazla oranda emosyonel labilite ve emosyonel yoğunluk gösterdikleri ifade edilmiş ve bu iki özelliğin BP'nin ötimik döneminin çekirdek özelliklerinden olduğu ifade edilmiştir. Böylelikle, BP'nin duygudurum epizotları ile karakterize olmadığı, epizotlar arası dönemde karakteristik emosyonel özelliklerin varlığına dikkat çekilmiştir. Bu durum, soft afektif spektrum olarak ifade edilen subklinik bipolarite, siklotimi, ultra hızlı döngü hatta mizaç gibi klinik durumların afektif labilitenin birer ifade şekli olduğu görüşü için teorik bir altyapı sunmaktadır (28,38).

Elde edilen bu sonuçlar genel bir değerlendirmeye alındığında, bipolar bozukluğu olan kişilerde tespit edilen duygu düzenleme güçlüklerinin bir çekirdek belirti olup olmadığı belirsizlik göstermektedir. Bizim çalışmamızda DDGÖ alt ölçek ortanca puanları BP grubunda sağlıklı kontrollerle kıyaslandığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın saptanmamış oluşu duygu düzenlemede güçlüklerin BP'nin çekirdek özelliklerinden biri olduğu görüşünü desteklememektedir (28). Bu ilişki tartışmalı bir konu olup, yapılacak geniş katımlı prospektif çalışmalarla aydınlatılmalıdır. Bununla birlikte katılımcı sayısının yetersiz oluşu farkın istatistiksel olarak anlamsız saptanmasında etkili olmuş olabilir.

Çalışmanın Sınırlılıkları

Doğası gereği bipolar bozukluk ile sık birliktelik gösteren hafif-orta şiddette anksiyete belirtileri olan bireylerin (HAM-A puanı <15) araştırmaya dahil edilmiş olmasının çalışmanın sonuçlarını etkilemiş olması muhtemeldir. Buna karşın yapılan alt grup analizlerinde, gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmemesinin bu etkiyi ortadan kaldırmış olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamıza alınan bütün bireyler DSM-IV'e göre herhangi bir kişilik bozukluğu tanısı almayan kişilerden seçilmiş olmakla birlikte, yapılandırılmış The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II) ya da Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) gibi nesnel ölçütlerin kullanılmaması çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.

Öz bildirime dayalı ölçek puanlarının kişinin anlık duygu durumundan da etkilenmiş olabileceği düşünülmektedir. Sonraki çalışmalar için anlık duygudurum değişikliklerinin kaydı ile birlikte fizyolojik uyarılma parametreleri değerlendirilebilir

SONUÇ

Çalışmamızın en önemli bulgularından biri KİDÖ alt ölçek puanları ile DDGÖ alt ölçek puanları arasında zayıf-orta derecede fakat anlamlı korelasyonların gösterilmiş olmasıdır. KİDÖ alt ölçeklerinden mesleki ve bilişsel işlevsellik alt ölçekleri ile DDGÖ alt ölçeklerinden kabulleneme, hedefler, stratejiler ve açıklık arasında zayıf-orta fakat anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Bir diğer anlamlı ilişki mali konular ve boş zaman etkinlikleri ile hedefler ve farkındalık alt ölçek puanları arasında idi. Çalışmamız bu yönüyle duygu düzenlemede güçlüklerin BP-I'in ötimik döneminde de özellikle mesleki ve bilişsel işlevsellik düzeyini belirli alt ölçekler dahilinde olumsuz yönde etkilediğine dair literatürü desteklemektedir. Çalışmamızın bulgularından bir diğeri DDGÖ alt ölçek puanlarının BP grubunda sağlıklı kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı

saptanmamış oluşudur. Bu durum literatürdeki duygudurum düzenleme güçlüğü'nün BP'nin çekirdek belirtilerinden biri olduğu görüşünü desteklememektedir. Katılımcı sayısının yeterli olmayışı bu durumun ortaya çıkmasında etkili olmuş olabilir. Sonuç olarak, hastalık dönemleri sonrasında eski işlevsellik düzeylerine geri dönmeyen hastalarda tedavi planlanırken klinik iyileşme yanında psikososyal işlevsellik düzeylerinin de iyileştirilmesi hedeflenmeli; işlevsellik düzeyinde bozulma ile ilişkilendirilen ötimik dönemdeki duygu düzenleme güçlükleri de uygun tedavi yöntemleri kullanılarak iyileştirilmeye çalışılmalıdır.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr. Gözde Akbaba, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, İstanbul İstanbul - Türkiye, gozdeak@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Bobo W V. The Diagnosis and Management of Bipolar I and II Disorders: Clinical Practice Update. Mayo Clin Proc. 2017 Oct;92(10):1532–51.
2. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012 Dec;380(9859):2163–96.
3. Dickstein DP, Leibenluft E. Emotion regulation in children and adolescents: Boundaries between normalcy and bipolar disorder. Dev Psychopathol. 2006 Dec 25;18(04):1105–31.
4. Gross JJ, Muñoz RF. Emotion regulation and mental health. Clin Psychol Sci Pract. 1995;2(2):151–64.
5. Altshuler LL, Post RM, Black DO, Keck PE Jr, Nolen WA, Frye MA, Suppes T, Grunze H, Kupka RW, Leverich GS, McElroy SL, Walden J, Mintz J. Subsyndromal depressive symptoms are associated with functional impairment in patients with bipolar disorder: results of a large, multisite study. J Clin Psychiatry. 2006 Oct;67(10):1551–60. doi: 10.4088/jcp.v67n1009. PMID: 17107246.
6. Montoya A, Tohen M, Vieta E, Casillas M, Chacón F, Polavieja P, Gilaberte I. Functioning and symptomatic outcomes in patients with bipolar I disorder in syndromal remission: a 1-year, prospective, observational cohort study. J Affect Disord. 2010 Dec;127(1-3):50–7. doi: 10.1016/j.jad.2010.04.026. Epub 2010 Jun 16. PMID: 20557947.
7. Gershon A, Eidelman P. Inter-episode affective intensity and instability: Predictors of depression and functional impairment in bipolar disorder. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2015 Mar;46(1):14–8.
8. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar M, İşcan N, Ozbay H. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDO)'nin geçerliliği-güvenilirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatr Psikol Psikofarmakol Derg. 1996;4(4):251–9.
9. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen A, Köroğlu IV E. DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için yapılandırılmış klinik görüşme, klinik versiyon. Ankara: Hekimler yayın birliği. 1999;
10. Türk E. Borderline Kişilik Bozukluğu. 2020;2020.
11. Aydın H, Diler RS, Yurdagül E, Uğuz Ş, Şeydaoğlu G. ADHD Rate in Parents of Children with ADHD. J Clin Psy. 2006;9(2):70–4.
12. First MB. User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders: SCID-II. American Psychiatric Pub; 1997.
13. Williams JBW. A Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale. Arch Gen Psychiatry. 1988;45(8):742–7.
14. Bruss GS, Gruenberg AM, Goldstein RD, Barber JP. Hamilton anxiety rating scale interview guide: Joint interview and test-retest methods for interrater reliability. Psychiatry Res. 1994;53(2):191–202.
15. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği, değerlendiriciler

- arası g venirlik ve ge erlik  alışması. *T rk Psikiyatr Derg.* 1998;9(2):114–7.
16. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: Reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry.* 1978;133(11):429–35.
17. Karadağ F, Oral T, Yal ın FA, Erten E. Young Mani Derecelendirme  l eđinin T rkiye’de Ge erlik ve G venilirliđi. *T rk Psikiyatri Derg.* 2002;13(2):107–14.
18. Ward MF, Wender PH, Reimherr FW. The Wender Utah rating scale: An aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry.* 1993;150(6):885–90.
19. Onc  B, Olmez S, Sent rk V. Validity and reliability of the Turkish version of the Wender Utah Rating Scale for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *T rk Psikiyatri Derg.* 2005;16(4):252–9.
20. RRosa AR, S nchez-Moreno J, Mart nez-Aran A, Salamero M, Torrent C, Reinares M, Comes M, Colom F, Van Riel W, Ayuso-Mateos JL, Kapczinski F, Vieta E. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2007 Jun 7;3:5. doi: 10.1186/1745-0179-3-5. PMID: 17555558; PMCID: PMC1904447.
21. Aydemir  , Uykur B. Reliability and Validity Study of The Turkish Version of Functioning Assessment Short Test in Bipolar Disorder. *T rk Psikiyatr Derg.* 2012;23(3).
22. Ruganci RN, Gen  z T. Psychometric properties of a Turkish Version of the difficulties in emotion regulation scale. *J Clin Psychol.* 2010;66(4):442–55.
23. Bayes A, Parker G, McClure G. Emotional dysregulation in those with bipolar disorder, borderline personality disorder and their comorbid expression. *J Affect Disord.* 2016;204:103–11.
24. Goodman M, Carpenter D, Tang CY, Goldstein KE, Avedon J, Fernandez N, et al. Dialectical behavior therapy alters emotion regulation and amygdala activity in patients with borderline personality disorder. *J Psychiatr Res.* 2014 Oct;57:108–16.
25. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol.* 1959 Mar;32(1):50–5.
26. Akiskal HS, Cassano GB, Mucetli L, Perugi G, Tundo A, Mignani V. Psychopathology, temperament, and past course in primary major depressions I. Review of evidence for a bipolar spectrum. *Psychopathology.* 1989;22(5):268–77.
27. Reimherr FW, Marchant BK, Strong RE, Hedges DW, Adler L, Spencer TJ, West SA, Soni P. Emotional dysregulation in adult ADHD and response to atomoxetine. *Biol Psychiatry.* 2005 Jul 15;58(2):125–31. doi: 10.1016/j.biopsych.2005.04.040. PMID: 16038683.
28. Henry C, Van den Bulke D, Bellivier F, Roy I, Swendsen J, M’Ba lara K, Siever LJ, Leboyer M. Affective lability and affect intensity as core dimensions of bipolar disorders during euthymic period. *Psychiatry Res.* 2008 May 30;159(1-2):1-6. doi: 10.1016/j.psychres.2005.11.016. Epub 2008 Mar 4. PMID: 18295902.
29. Calabrese JR, Hirschfeld RM, Reed M, Davies MA, Frye MA, Keck PE, Lewis L, McElroy SL, McNulty JP, Wagner KD. Impact of bipolar disorder on a U.S. community sample. *J Clin Psychiatry.* 2003 Apr;64(4):425-32. doi: 10.4088/jcp.v64n0412. PMID: 12716245.
30. Dodd A, Lockwood E, Mansell W, Palmier-Claus J. Emotion regulation strategies in bipolar disorder: A systematic and critical review. *J Affect Disord.* 2019;246:262–84.
31. Riemann G, Weisscher N, Goossens PJJ, Draijer N, Apenhorst-Hol M, Kupka RW. The addition of STEPPS in the treatment of patients with bipolar disorder and comorbid borderline personality features: A protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry.* 2014;14(1):172.
32. Messedi N, Mhiri E, Charfeddine F, Bouattour W, Aribi L, Aloulou J. Emotion regulation in euthymic bipolar patients in Tunisia. *Eur Psychiatry.* 2021;64(S1):S626–S626.
33. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav Assess.* 2004;26(1):41–54.
34. Strejilevich SA, Martino DJ, Murru A, Teitelbaum J, Fassi G, Marengo E, Igoa A, Colom F. Mood instability and functional recovery in bipolar disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 2013 Sep;128(3):194-202. doi: 10.1111/acps.12065. Epub 2013 Jan 20. PMID: 23331090.
35. Corbal n F, Beaulieu S, Armony JL. Emotion regulation in bipolar disorder type I: An fMRI study. *Psychol Med.* 2015;45(12):2521–31.
36. Gruber J, Hay AC, Gross JJ. Rethinking emotion: Cognitive reappraisal is an effective positive and negative emotion regulation strategy in bipolar disorder. *Emotion.* 2014;14(2):388–96.
37. Retz W, Stieglitz RD, Corbisiero S, Retz-Junginger P, R sler M. Emotional dysregulation in adult ADHD: What is the empirical evidence? *Expert Rev Neurother.* 2012;12(10):1241–51.
38. Akiskal HS. The prevelant clinical spectrum of bipolars: beyond DSM-IV. *J Clin Psychopharmacol.* 1996;16:4–15.

Psikotik belirtili psikiyatrik hastalıklarda hastanede kalışı ve bir yıl içindeki tekrarlayan kabulü ön gören değişkenler: Retrospektif bir çalışma

The variables predicting the length of hospital stay and within one year recurrent admission in psychiatric disorders with psychotic symptoms: A retrospective study

Çiğdem Geniş¹, Muhammed Hakan Aksu², Behcet Coşar³

¹Hemş., Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü, Aile Hekimliği Birimi, Kocaeli, Türkiye, <https://orcid.org/0000-0003-2244-1547>

²Dr. Öğr. Üyesi, ³Prof. Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye, <https://orcid.org/0000-0003-2930-5337>, <https://orcid.org/0000-0002-6422-499X>

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, psikotik belirtili psikiyatrik bozukluklarda hastanede kalış süresini ve taburculuk sonrası bir yıl içindeki tekrarlayan kabulü öngören değişkenleri araştırmayı amaçladık. **Yöntem:** Çalışma, 2005-2016 yılları arasında Gazi Üniversitesi psikiyatri bölümünde yatarak tedavi gören hastaların verileri ile gerçekleştirildi. Psikotik semptomları olan psikiyatrik bozukluklar çalışmaya dahil edildi. Tanı için temel olarak ICD-10 kullanıldı. 1301 tek başvuru ve 369 tekrarlayan kabul olmak üzere toplam 1670 hasta verisi analize dahil edildi. Analizde sadece ilk başvuru kayıt verileri kullanıldı. **Bulgular:** Hastanede kalış süresini uzatan anlamlı değişkenler önem sırasına göre şizofreni tanısının olması ($\beta=0.186$), kadın cinsiyet ($\beta=-0.129$), depresyon tanısının olması ($\beta=0.106$), tekrarlayan kabulün olması ($\beta=0.099$), şizoafektif bozukluk tanısının olması ($\beta=0.055$) ve ileri yaş ($\beta=0.053$) idi. Tekrarlayan kabulü olan hastaların %33,9'u ilk yıl içinde yeniden kabul edildi. Psikotik belirtileri olan hastalarda ilk kabul sonrası ilk bir yıl içinde tekrarlayan kabulü yordayan değişkenler ise önem sırasına göre; şizofreni tanısının olmaması ($OR=0.368$, $p=0.002$), hastanede kalış süresinin kısa olması ($OR=0.981$, $p=0.007$) ve şizoafektif bozukluk tanısının olmamasıdır ($OR=0.333$, $p=0.011$). **Sonuç:** Şizofreni ve şizoafektif bozukluk tanısı hastanede kalış süresini uzatan yordayıcılar olmakla birlikte, tekrarlayan yatışı azaltan önemli yordayıcılardır. Bu hastalıkların varlığı ilk bakışta çelişkili görünse de hastanede kalış süresinin uzaması bu hastalıkların ilk yıl yeniden hastaneye yatmasını engelleyebilir. Bu bir öngörü olmakla birlikte, hastanede kalış süresinin uzaması nedeniyle tekrarlayan başvuruların azalması bu öngörüye desteklemektedir. Başta şizofreni ve şizoafektif bozukluk olmak üzere psikotik belirtilerin eşlik ettiği psikiyatrik bozukluklarda kalış süresi ile tekrarlayan hastanede kalış arasındaki ilişki ilerideki çalışmalarda dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: yatış süresi, şizofreni, depresyon, tekrarlayan kabul, mental bozukluklar

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2022;25:386-394)

DOI: 10.5505/kpd.2022.61224

SUMMARY

Objective: In this study, we aimed to investigate the variables that predict the length of hospital stay and recurrent admission within one year after discharge in psychiatric disorders with psychotic symptoms.

Method: The study was conducted with the data of patients who were treated in the inpatient department of the psychiatry department of Gazi University between 2005-2016. Psychiatric disorders with psychotic symptoms were included in the study. ICD-10 was used as the basis for diagnosis. A total of 1670 data of patients were included in the analysis, including 1301 single admission and 369 recurrent admissions. Only the initial admission record data of the patients were used in the analysis. **Results:** Significant variables that prolong the duration of hospital stay are schizophrenia diagnosis ($\beta=0.186$), female gender ($\beta=-0.129$), depression diagnosis ($\beta=0.106$), recurrent admission ($\beta=0.099$), diagnosis of schizoaffective disorder ($\beta=0.055$), and advanced age ($\beta=0.053$). 33.9% of patients with recurrent admission were readmitted within the first year. Variables predicting recurrent admission in the first year after first admission in patients with psychotic symptoms are, in order of importance; The absence of a diagnosis of schizophrenia ($OR=0.368$, $p=0.002$), a short hospital stay ($OR=0.981$, $p=0.007$) and no diagnosis of schizoaffective disorder ($OR=0.333$, $p=0.011$). **Conclusion:** Although the diagnosis of schizophrenia and schizoaffective disorder are predictors that prolong hospital stay, they are significant predictors that reduce recurrent admission. Although the presence of these disorders may seem contradictory at first glance, the prolonged hospital stay may prevent the re-hospitalization of these disorders in the first year. Although this is a prediction, the decrease in recurrent admission as the length of hospitalization supports this prediction. The relationship between the length of stay and recurrent hospitalization in psychiatric disorders accompanied by psychotic symptoms, especially schizophrenia and schizoaffective disorder, should be considered in further studies.

Key Words: length of stay, schizophrenia, depression, recurrent admission, mental disorders

GİRİŞ

Psikotik bozukluk, bireyin gerçeği değerlendirmesinin bozulduğu ciddi bir ruhsal hastalık grubudur (1). Bu hastalık grubunun birçok alt grubu vardır. Bu alt gruplardan en çok bilineni ise şizofrenidir. Şizofreniye ek olarak, sanrısız bozukluk, organik olmayan psikoz, akut ve geçici psikotik bozukluklar diğer psikotik bozukluklardır. Psikotik belirtiler bazen bir hastalığın temel belirtisi iken bazen de diğer bir ruhsal hastalığa komorbid olarak seyredebilir (1).

Küresel hastalık yükü raporunda (GBD) ilk yirmi hastalık içinde beş tane akıl hastalığı vardır. Bu raporda major depresyon ikinci, anksiyete bozuklukları yedinci, şizofreni on birinci, distimi on altıncı ve bipolar bozukluk ise on yedinci sırada yer almaktadır (2). Psikotik belirtili olan psikiyatrik bozukluklar ise daha ciddi ve kronik bir seyir göstermektedir (1, 3). Bu bozukluklarda hastalık seyrinin uzun olması, tedaviye direnç, işlevsellik kaybı, sosyal iletişim sorunları ve aile yükü gibi sorunlar bu ciddiyeti oluşturan bazı nedenlerdir. Bundan dolayı bu hastalıkların hastaya ve yakınlarına (özellikle birincil bakım verenlere) ciddi bir yükü vardır. Bu durumun ayrıca bir mali yükü de vardır. Hasta yatışları ve tedavi masrafları sonucunda oluşan mali yüke doğrudan (direkt) maliyet denirken erken emeklilik, kalıcı sakatlık ve erken ölümden kaynaklanan üretim kayıpları sonucunda oluşan mali yüke ise dolaylı maliyet denmektedir (4).

Psikiyatri hastanelerinde yatış süreleri zaman içinde azalmasına rağmen bazı hastalar yataklı serviste daha uzun süre kalmaktadır (5). Farklı demografik ve klinik özelliklerin daha önce hastanede uzun süreli kalışlarla ilişkili olduğu bulunmuştur. Bunlar arasında hastaneye istemsiz kabul, bağımlılık varlığı, hastalığın şiddeti, ECT uygulanması, işsizlik, evsizlik, psikoz tanısı ve kadın cinsiyet yer almaktadır (6-9).

Şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve bipolar affektif bozukluk gibi psikotik bozukluklar genellikle sık sık tekrarlar ve remisyon gösterir. Bu nedenle, yatan hastaların taburculuklarından sonra tekrar tekrar hastaneye yatışlarının yapıldığı görülmektedir. Bu durum “döner kapı fenomeni” olarak tanımlanmaktadır. Bazı araştırmacılar 5-10 yıl içinde 3-4 kez hastaneye yatışın olmasını “döner kapı fenomeni” olarak belirtirken, bazı

araştırmacılar da 2 yıl gibi daha kısa bir süre içinde 3-4 kez hastaneye yatışı temel almıştır (10). Birden fazla hastaneye yatışla karakterize bu durum hem bakım süreci hem de maliyet açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle yeniden hastaneye yatış nedenlerine yönelik analizler ve değerlendirmeler yapılmalıdır (11).

Güncel ruh sağlığı politikaları yataklı serviste geçen gün sayısını azaltmayı ve toplum içinde bakım sürecine odaklanmayı savunmaktadır (12). Ülkemizde, psikiyatrik bozukluğu olan hastaların yeniden hastaneye yatışı ile ilgili alanyazın çalışmaları (10, 13) olmakla birlikte, uzun bir dönem değerlendirilen çalışmaların eksikliği göze çarpmaktadır. Biz de bu çalışmamızda, 2005-2016 yılları arasında Gazi Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Servisi’nde takip edilen psikotik belirtili psikiyatrik bozukluğu olan hastaların demografik özelliklerini, tanı dağılımlarını, hastanede kalış sürelerini ve taburculuk sonrası bir yıl içindeki tekrarlayan kabulü etkileyen değişkenleri araştırmayı amaçladık. Bu konularda elde edilen sonuçların sağlık sistemlerinin düzenlenmesi, sağlık kaynaklarının paylaşımı ve ciddi psikiyatrik bozuklukların gidişatı hakkında alana katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

YÖNTEM

Bu çalışma retrospektif tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışmadır. Çalışma verileri hastane yönetiminden izin alınarak arşiv kayıtlarından elde edilmiştir. Veriler dijital ortamda bir excel dosyası halinde alınmıştır. Hastanede veri işleme sistemindeki değişikliklerden dolayı çalışmanın bitiş tarihi 2016 yılının sonu olarak belirlenmiştir. Bu tarihten sonraki kayıtlar analize uygun formatta aktarılamadığı için çalışmaya dâhil edilememiştir. Dijital ortamda elde edilen bu verilerde, hasta yaşı, cinsiyeti, doğum tarihi, hastaneye başvuru tarihi, hastaneye yatış tarihi, hastaneden taburculuk tarihi, hastalık tanıları, hastaneye geliş şekli gibi değişkenleri içermektedir.

Üniversitemizdeki psikiyatri servisi 1985 yılında hizmete açılmış olup açık servis niteliğindedir. Klinikte 15 kadın, 16 erkek hasta ve tarihler arasında değişmekle birlikte 14-20 arasında değişen alkol/madde kullanım bozukluğuna yönelik tedavi merkezi bulunmaktadır. Her yıl klinikte ortalama 500-600 hasta kabulü yapılmaktadır.

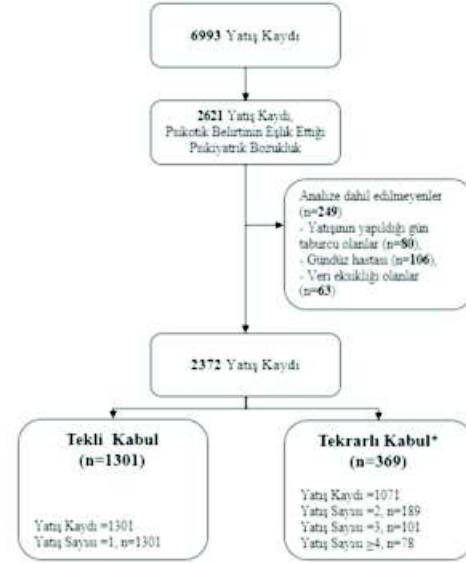
Çalışmada, Gazi Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Servisi'nde 01 Ocak 2005-31 Aralık 2016 tarihleri arasında tedavi gören hastaların toplamda 6693 yatış kaydı takip eden yılın ilk altı ayında incelenmiştir. Bu yatış kayıtlarının 2621 tanesinin psikotik belirtili bir psikiyatrik bozukluk (şizofreni, depresif nöbet, bipolar duygulanım bozukluğu gibi) olduğu saptandı. Gündüz hastası olarak takip edilen, kabulünün yapıldığı gün taburcu olan ve verisi eksik olan hasta kayıtları analize dahil edilmedi. Kalan 2372 kayıt tek ve tekrarlayan kabul şeklinde gruplara ayrıldığında 1301 hastanın tek kabul, 369 hastanın tekrarlayan kabulü (toplam 1071 hasta kaydı) vardı. Toplamda analize 1670 hastanın ilk kabul verileri alınmıştır. Çalışma örnekleminin oluşturulduğu akış şeması Şekil 1'de gösterilmiştir.

Hasta kayıtlarının alındığı tanı sistemi oldukça güvenilirdir. Hastaların tanıları DSM-IV TR'ye göre psikiyatri hekimleri tarafından değerlendirildi. Ancak, tüm hastalık gruplarının evrensel bir şekilde değerlendirilme ihtiyacından dolayı hastane yönetimi ICD-10 tanı sınıflandırmasını kullanmaktadır. Bundan dolayı değerlendirilen psikiyatrik tanıları sisteme en uygun ICD-kodu ile kayıtlanmıştır. Hastanemizde yapılan tanısal değerlendirmeler birçok defa gözden geçirilmektedir. Servise kabul edilen hasta ilk olarak araştırma görevlisi doktor tarafından muayene edilir. Yataklı servis kıdemlisi öğretim üyesine tanı ve tedavi planlaması açısından danışılır. Servis vizitlerinde ise hastalar birlikte değerlendirilir. Tanısıyla ilgili şüphe duyulan hastalar, tüm öğretim üyelerinin katılımıyla yapılan genel vizitlerde yeniden değerlendirilir. Bundan dolayı hastaların tanı değerlendirmeleri oldukça kapsamlı ve detaylı bir şekilde ele alınmıştır.

Çalışma örneklemini psikotik bozukluklar (şizofreni, sanrısız bozukluk vb.) ve psikotik belirtili diğer psikiyatrik hastalıklar (depresyon, bipolar affektif bozukluk, alkol ve madde bağımlılıkları vb.) oluşturmaktadır. Herhangi bir bedensel hastalığı olanlar komorbid bedensel hastalık var olarak değerlendirildi. Tekrarlayan kabulü olan hastaların ilk kabul verileri kullanıldı. Böylece bir hastaya ait farklı verilerinin oluşturabileceği etkiler sınırlandırıldı.

On iki yıllık zaman periyodu, büyük miktarda veri sağladı. Bu uzun zaman dilimi, kronik psikiyatrik

Şekil 1. Çalışma akış şeması



*Tekrarlı kabulü olan hastaların sadece ilk yatış verileri analize dahil edilmiştir.

bozuklukların yanı sıra akut psikotik belirtili psikiyatrik bozukluklara da ulaşmamızı sağladı. Bu da çalışmadaki örneklemin genellenebilirliğini arttırmıştır.

Verilerin Analizi

Araştırma verilerinin analizi için SPSS for Windows 23.0 kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler için ortalama, standart sapma, ortanca, en küçük değer, en büyük değer, sıklık ve yüzdelere sunuldu. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi, gereken durumlarda Fisher's exact testi kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun araştırılmasında Kolmogorov Smirnov testinden yararlanıldı.

Hastanın kabul tarihi ile taburculuk tarihi arasındaki geçen süre gün olarak hesaplandı ve hastanede kalış süresi olarak kabul edildi. Hastanede kalış süresinin yordayıcılarını saptamak için çoklu doğrusal regresyon analizi kullanıldı. Bu analizde yaş gibi nicel bir değişkenle birlikte cinsiyet, kabul durumu, tıbbi komorbidite ve psikiyatrik hastalıklar gibi nitel değişkenlerde yer almıştır. Çoklu doğrusal regresyon analizinde sıklıkla nicel değişkenler değerlendirilir. Ancak iki kategorili nitel değişkenlerde değerlendirilebilmektedir (14). Örneğin tıbbi komorbidite yokluğu "0", tıbbi komorbidite varlığı ise "1" olarak kodlanmıştır. Beta (β) katsayısının pozitif olması hastanede kalış süresinin uzaması ile ilişkili olduğunu, negatif olması ile hastanede kalış süresinin kısalması ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Hastanede kalış süresinin değerlendirilmesinde özellikle çoklu

doğrusal regresyon analizinin kullanılmasının temel amacı sürekli bir değişken olan hastanede kalış süresini daha açık bir şekilde analiz etmektir. Diğer bir yöntem, çalışma örnekleminde ortalama bir hastanede kalış süresi bulunması ve bu değer in altına kısa yatış, üzerine ise uzun yatış olarak değerlendirmektir. Ancak bu analiz metodu sürekli bir değişken olan hastanede kalış süresini, nitel bir değişken olarak değerlendirerek analizde bir kısıtlılık oluşturmaktı. Bundan dolayı biz çalışmamızda hastanede kalış süresini çoklu doğrusal regresyon analizi ile değerlendirdik ve iki kategorili nitel değişkenleri analize ekledik. Hastanede kalış süresi için oluşturulan modelin koşul indeksi (Condition Index) 12,840'dır. Tolerans değerlerinin 0,1'in üzerinde olması ve VIF (Variance Inflation Factor) değerlerinin 10'un altında olması oluşturulan modelde çoklu bağlantı (multicollinearity) probleminin olmadığını göstermektedir (14).

Tekrarlayan kabulü olan hastaların ilk kabul sonrası ilk bir yıl içinde yeniden kabulünü yordayan değişkenlerin saptanması için logistik regresyon analizi kullanıldı. Tek kabul "0", tekrarlayan kabul ise "1" olarak kodlandı.

Etik Onay

Bu araştırma, Gazi Üniversitesi Etik Komisyonundan etik onayı alındıktan sonra yapılmıştır. Ayrıca, çalışmada hastane kayıtları kullanılacağından dolayı hastane başhekimliğinden de çalışma izni alınmıştır.

BULGULAR

Katılımcıların demografik ve hastalık özelliklerinin değerlendirilmesi Tablo 1'de gösterilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması $44,96 \pm 13,68$ idi (Ortanca=44,00). Örneklemin % 59,1'i (n=987) erkek olup % 7'si (n=117) fiziksel bir ek hastalığa sahipti. Bu hastalıkların %40'ı (n=47) baş ağrısı, %19'u (n=22) epilepsi, %11'i (n=13) parkinson, %10'u (n=11) karın ağrısı, %4'ü (n=5) serebrovasküler hastalık ve %16'sı (n=19) ise diğer hastalıklardan oluşmaktaydı. Örneklemden hastaların 3,7'sinin acil servisten kabul edildiği, %22,1'inin ise tekrarlayan kabulün olduğu saptandı (Tablo 1).

Psikotik belirtilerin görüldüğü psikiyatrik hastalıkların dağılımı ve bu hastalıklardaki yaş ve

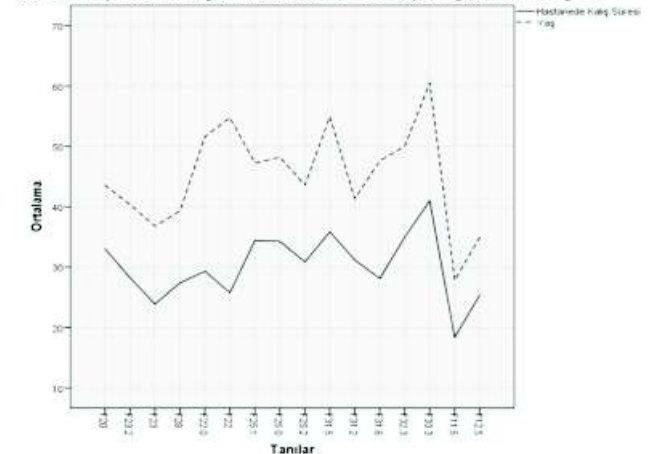
Tablo 1 Katılımcıların demografik ve bazı hastalık özellikleri

Değişken	n	%
Yaş		
Ortalama $\pm$ Standart Sapma	44,96	13,68
Ortanca (minimum-maksimum)	44 (18-94)	
Yaş Grupları		
18-25	103	6,2
26-35	348	20,8
36-45	478	28,6
46-55	373	22,3
56-65	222	13,3
66 ve üzeri	146	8,7
Cinsiyet		
Kadın	683	40,9
Erkek	987	59,1
Kabul Durumu		
Tek	1301	77,9
Tekrarlayan	369	22,1
Tıbbi Komorbidite		
Yok	1553	93,0
Var	117	7,0
Geliş şekli		
Acil	61	3,7
Adli Vaka	8	0,5
Normal	1601	95,9

hastanede kalış süresi değişkenlerinin ortalama ve standart sapmaları Tablo 2'de gösterildi. Hastalıkların % 51,4'ünü şizofreni, % 8,8'ini depresif nöbet ve % 7,8'ini delüzyonel bozukluklar oluşturdu. Hastanede kalış süresi en uzun psikotik belirtili psikiyatrik hastalık yineleyen depresif bozukluk ($41,00 \pm 10,690$) iken en kısa olan hastalık opioid bağımlılığıydı. ($18,38 \pm 10,054$). Benzer şekilde en yaşlı grubu yineleyen depresif bozukluk ($60,53 \pm 16,414$) oluştururken en genç yaş grubunu ise opioid bağımlılığı ($27,85 \pm 4,913$) oluşturdu. Tanılara göre hastanede kalış süresi ve yaş değişkenlerinin dağılımı Şekil 2'de gösterilmiştir.

Hastaların hastanede kalış süresinin çoklu doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmesi Tablo 3'te gösterildi. Hastanede kalış süresinin bağımlı değişken olarak değerlendirildiği modelde önem

Şekil 2. Psikiyatrik tanıları göre hastanede kalış süresi ve yaş değişkenlerinin dağılımı



Tablo 2 Psikotik belirtileri eşlik ettiği psikiyatrik hastalıkların dağılımı

ICD-10 Tanı Kodu	Hastalıklar	n (%)	Yatış günü	Yaş
			Ort. ± ss (Ortanca, Min.- Maks.)	Ort. ± ss (Ortanca, Min. Maks.)
F20	Şizofreni	858 (51,4)	34,13±18,032 (29, 6-85)	44,17±12,051 (44, 19-86)
F23.2	Şizofreni-benzersiz akut psikotik bozukluk	19 (1,1)	28,42±12,217 (29, 9-59)	37,95±11,960 (34, 25-76)
F23	Akut ve geçici Psikotik Bozukluk	127 (7,6)	25,63±17,107 (23, 1-100)	38,17±11,905 (36,13-75)
F28	Organik Olmayan Psikotik Bozukluklar	38 (3,5)	27,40±14,557 (26, 1-66)	39,31±15,031 (37, 19-84)
F22.0	Delüzyonel Bozukluk	130 (7,8)	29,32±15,334 (29, 6-85)	51,64±13,643 (52, 22-81)
F22	Persistan Delüzyonel Bozukluklar	21 (1,3)	25,76±11,113 (24, 10-53)	54,76±12,458 (52, 34-79)
F25.1	SAB, Depresif Tip	32 (1,9)	34,41±19,397 (31, 1-83)	47,25±11,767 (46, 28-75)
F25.0	SAB, Manik Tip	75 (4,5)	34,27±14,316 (34, 6-79)	48,23±12,633 (48, 22-74)
F25.2	SAB, Karma Tip	29 (1,7)	30,86±11,886 (28, 6-51)	43,59±11,128 (42, 25-71)
F31.5	BDB, Şimdiki nöbet psikotik belirtili ağır depresyon	19 (1,1)	35,84±20,683 (35, 6-79)	54,95±19,831 (45, 23-94)
F31.2	BDB, Psikotik belirtili şimdiki nöbet manik	38 (3,5)	31,19±13,861 (29, 4-65)	41,34±13,464 (39, 22-74)
F31.6	BDB, Şimdiki nöbet karışık	26 (1,6)	28,12±17,344 (23, 3-69)	47,62±15,158 (47, 23-86)
F32.3	Psikotik belirtili ağır depresif nöbet	147 (8,8)	34,99±17,664 (34, 1-95)	50,05±16,806 (47, 20-84)
F33.3	Yineleyen depresif bozukluk, şimdiki nöbet psikotik belirtili ağır	15 (0,9)	41,00±10,690 (38, 23-58)	60,53±16,414 (60, 34-92)
F10.5	Alkol kullanımına bağlı psikotik bozukluk	6 (0,4)	27,67±15,055 (27, 12-47)	48,00±14,697 (49,32-71)
F11.5	Opioid kullanımına bağlı psikotik bozukluk	13 (0,8)	18,38±10,054 (19, 2-33)	27,85±4,913 (29, 21-35)
F12.5	Kannabinoit kullanımına bağlı psikotik bozukluk	27 (1,6)	25,37±10,459 (23, 2-46)	34,93±10,626 (34, 20-63)
F19.5	Birden fazla ilaç ve diğer psikotik madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk	10 (0,6)	23,90±13,852 (24, 6-42)	36,80±7,021 (36, 28-49)
Toplam		1670 (100,0)	32,27±17,212 (30, 1-119)	44,96±13,687 (44, 18-94)

Ort., Ortalama, ss, standart sapma, BDB, Bipolar Duygulanım Bozukluğu, SAB, Şizoaffektif Bozukluk, ICD-10, International Classification of Disease-10 (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-10)

sirasına göre; şizofreni tanısının olması ($\beta=0,186$), kadın cinsiyet ($\beta=-0,129$), depresyon tanısının olması ($\beta=0,106$), tekrarlayan kabulün olması ($\beta=0,099$), şizoaffektif bozukluk tanısının olması ($\beta=0,055$) ve ileri yaş ($\beta=0,053$) değişkenleri anlamlı birer yordayıcı olarak saptandı (Tablo 3).

Tekrarlayan kabulü olan hastaların ilk kabul sonrası bir yıl içinde yeniden kabul durumunun lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi Tablo 4'te gösterilmiştir. Psikotik belirtileri olan hastalarda ilk kabul sonrası ilk bir yıl içinde tekrarlayan kabulü yordayan değişkenler önem sırasına göre;

şizofreni tanısının olmaması ($OR=0,368$, $p=0,002$), hastanede kalış süresinin kısa olması ($OR=0,981$, $p=0,007$) ve şizoaffektif bozukluk tanısının olmamasıdır ($OR=0,333$, $p=0,011$). Buna göre şizofreni tanısı olmayanların ilk kabul sonrası bir yıl içindeki tekrarlayan kabul riski şizofreni tanısı olanlara göre 2,71 (1/0,368) kat fazladır. Şizoaffektif bozukluğun olmaması durumunda (şizoaffektif bozukluk tanısı olanlara göre) ise bu oran 3 (1/0,333) kattır (Tablo 4). Tekrarlayan kabulü olan hastaların % 5,1'i (19/369) ilk bir ay içinde, %11,7'si (43/369) ilk üç ay içinde, % 33,9'u (125/369) ilk bir yıl içinde ve % 73,2'si (270/369) ilk üç yıl içinde yeniden yataklı servise kabul edilmiştir.

TARTIŞMA

On iki yıllık uzun bir dönemi değerlendiren çalışmamızda, yaklaşık her dört hastadan birinin (%22,1) tekrarlayan kabulünün olduğu ve psikotik belirtili psikiyatrik bozuklukların içinde %54 oranı ile şizofreni tanısının en sık gözlemlendiği saptanmıştır. Hastaların şizofreni, şizoaffektif bozukluk veya depresyon tanılarında birinin olması, kadın olması, tekrarlayan kabulünün olması ve ileri yaşta olması hastanede kalış sürelerini uzatan öngörücüler olarak belirlenmiştir. Taburculuk sonrası ilk bir yıl içinde yeniden yatışı şizofreni veya şizoaffektif bozukluk tanılarında birisinin olmaması ve önceki yatış süresinin kısa olması öngörmektedir. Tekrarlayan kabulü olan her üç hastadan biri (%33,9) ise ilk bir yıl içinde yeniden

Tablo 3. Hastanede kalış süresinin çoklu doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmesi

Değişkenler	B	Standart Hata	Beta	t	p	B için %95 Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
(Sabit)	22,553	2,095	-	10,767	<0,001	18,444	26,661
Yaş	0,067	0,032	0,053	2,108	0,035	0,005	0,128
Cinsiyet (Kadın=1 /Erkek=2)	-4,529	0,854	-0,129	-5,305	<0,001	-6,204	-2,855
Kabul Durumu (Tek=1/ Tekrarlayan=2)	4,087	0,989	0,099	4,131	<0,001	2,147	6,028
Tıbbi komorbidite*	0,244	1,607	0,004	0,152	0,879	-2,908	3,396
Şizofreni*	6,409	1,182	0,186	5,421	<0,001	4,090	8,727
Sanırsal Bozukluk*	0,384	1,694	0,006	0,227	0,821	-2,939	3,707
Şizoaffektif Bozukluk*	3,434	1,692	0,055	2,029	0,043	0,114	6,753
Bipolar Duygulanım Bozukluğu*	2,078	1,892	0,029	1,098	0,272	-1,633	5,788
Depresyon*	5,031	1,331	0,106	3,781	<0,001	2,421	7,641
Alkol Bağımlılığı*	-1,518	3,805	-0,010	-0,399	0,690	-8,982	5,946
Madde Bağımlılığı*	-3,210	2,249	-0,036	-1,428	0,154	-7,620	1,200
Kişilik Bozukluğu*	5,866	5,625	0,025	1,043	0,297	-5,167	16,898

F=9,394; $p<0,001$; $R^2=0,064$; Düzeltilmiş $R^2=0,057$

* Yok=0 /Var=1

Tablo 4. Tekrarlayan kabulü olan hastaların ilk kabul sonrası ilk bir yıl içinde yeniden kabul durumunun lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi

Değişkenler	B	Standart Hata	Wald	p	OR	OR için %95 Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
Yaş	0,004	0,010	0,189	0,663	1,004	0,985	1,023
Cinsiyet*	-0,115	0,242	0,228	0,633	0,891	0,555	1,431
Hastanede kalış süresi	-0,019	0,007	7,237	0,007	0,981	0,968	0,995
Tıbbi komorbidite**	0,642	0,427	2,258	0,133	1,900	0,823	4,387
Bipolar Duygulanım Bozukluğu**	-0,746	0,482	2,395	0,122	0,474	0,184	1,220
Şizofreni**	-1,000	0,331	9,145	0,002	0,368	0,192	0,703
Sanrılal Bozukluk**	-0,152	0,477	0,102	0,749	0,859	0,337	2,185
Şizoafektif Bozukluk**	-1,101	0,435	6,415	0,011	0,333	0,142	0,780
Depresyon**	0,155	0,345	0,203	0,652	1,168	0,594	2,297
Madde Bağımlılığı**	-0,646	0,630	1,052	0,305	0,524	0,153	1,801
Alkol Bağımlılığı**	0,199	0,977	0,041	0,839	1,220	0,180	8,277
Sabit	-0,906	0,951	0,908	0,341	0,404	-	-

X²=28,883; p=0,002; Nagelkerke R² 0,104

*Erkek olmanın kadın olmaya göre ** Hastalıkların var olmasının yok olmasına göre

servise yatmaktadır.

Psikotik belirti varlığının hastanede kalış süresini uzattığı alanyazındaki ortak bir kanıdır (12, 15). Bu çalışmadaki örneklemini sadece psikotik belirtileri olan psikiyatrik bozukluklar oluşturmaktadır. Örneklemin büyük bir kısmı (%51,4) ise şizofreni tanılı hastalardır. Bu hastaların hastanede kalış süresi $34,13 \pm 18,032$ olup genel ortalamanın ($32,27 \pm 17,212$) biraz üstündedir. Hasta gruplarında ortalama hastanede kalış süresi 3-6 hafta arasında değişmektedir (Tablo 2). Çalışmamızda uzun hastanede kalış süresine etki eden en önemli değişkenler, şizofreni tanısının olması, kadın cinsiyet, depresyon tanısının olması, tekrarlayan kabulün olması, şizoafektif bozukluk tanısının olması ve ileri yaşlıdır (Tablo 3). 2007-2014 yılları arasında bipolar duyulanım bozukluğu tanılı hastaların yataklı servisteki yatış sürelerini araştıran bir çalışmada, hastanede kalış süresi $21,0 \pm 27,1$ iken psikotik belirtilerin eşlik ettiği depresyon ve mani dönemlerinde yatış süresi sırasıyla $31,8 \pm 28,7$ ve $31,0 \pm 28,2$ olarak belirtilmiştir. Bu çalışmada hastalarda psikotik belirti varlığının hastanede kalış süresini kabul başına yaklaşık % 50 oranında arttırdığı bildirilmektedir (9). Benzer bir sonuç da Masters ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada saptanmıştır. Bu çalışmada uzun süreli hastanede kalışı şizofreni ve şizoafektif bozukluk tanısının olması önemli şekilde yordamıştır (15). Çalışmamızda da hastanede kalış süresini yordayan en önemli değişkenin şizofreni tanısının varlığı olarak saptanması bu literatür verilerini desteklemektedir (Tablo 3).

Çalışmamızda depresyonu olan hastaların yatış sürelerinin diğer tanılara göre daha uzun olduğu

görülmektedir. Hastanede kalış süresi en uzun olan ilk üç tanı; yineleyen depresyon ($41,00 \pm 10,690$), bipolar depresyon ($35,84 \pm 20,683$) ve unipolar depresyon ($34,99 \pm 17,664$) şeklindedir. Bu sonuç psikotik belirtilerin eşlik ettiği depresyonda hastanede kalış süresinin belirgin olarak arttığını göstermektedir. Literatürde affektif bozukluklar ve şizofreni hastanede kalış süresi en uzun olan psikiyatrik hastalıklar olarak gözükmektedir (7, 9). Affektif bozukluklar içinde ise mani ve depresyon dönemleri hakkında farklı sonuçlar bildirilmiştir. Hallak ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada majör depresyon tanısı ($67,09 \pm 58,15$) olan hastalardaki hastanede kalış süresinin, şizofreni ($44,16 \pm 15,64$), şizoafektif bozukluk ($35,88 \pm 16,12$) ve mani ($49,92 \pm 29,17$) dönemlerindeki süreye göre daha uzun olduğunu saptanmıştır (7). Bu çalışmayı destekleyen bir çalışmada (16) bipolar duyulanım bozukluğu (BDB) tanısı olan hastalarda psikotik belirtili depresif dönemin hastanede kalış süresinin psikotik belirtili maniye göre daha uzun olduğu gösterilmiştir ($68,69$ güne $44,56$ gün). Bu çalışmaların aksini öne süren çalışmalarda vardır (16). Ragazan ve arkadaşları (2019) mani ve depresyon döneminde hastanede kalış süresini benzer olarak bulurken, psikotik belirtilerin bu süreleri uzattığını göstermiştir (9). Creed ve arkadaşları (1997) ise mani döneminde hastanede kalış süresini depresyon ve şizofreni hastalarına göre daha uzun olarak belirtmiştir (6). Literatüre bakıldığında çalışmalar arasında belirgin farklılıklar gözlenmektedir. Bu farklılıkların oluşmasında; çalışma örneklemini, çalışmanın metodolojisi, tanı değerlendirme sistemi, çalışmaların yapıldığı zaman ve hastanede kalış süresini etkileyecek diğer değişkenler (tıbbi komorbidite, eşlik eden alkol ve madde bağımlılıkları vb.) rol oynamış olabilir. Ancak has-

tanede yatış süresi ile genel kanı şizofreni ve affektif bozuklukların diğer psikiyatrik hastalıklara göre daha uzun yatış gösterdiğidir (7, 17).

Çalışmamızda hastanede kalış süresi en kısa olan üç hastalık; opioid bağımlılığı ($18,38 \pm 10,054$), kannabinoid bağımlılığı ($25,37 \pm 10,459$) ve çoklu madde bağımlılığıdır ($23,90 \pm 13,852$). Alkol bağımlılığının hastanede kalış süresinde de ortalama hastanede kalış süresinin altında kalan diğer bir tanıdır (Tablo 2). Literatürde de yapılan çalışmalarda alkol ve madde bağımlılıklarında ortalama hastanede kalış süresinin diğer psikiyatrik bozukluklara göre daha kısa olduğu gösterilmiştir (9). Alkol ve madde bağımlılıklarında tedavideki ilk hedef yoksunluk belirtilerini düzeltmektir. Yoksunluk belirtileri düzelen hastalarda toplum merkezli tedavi planlanması düşüncesi taburculuğu hızlandırabilir. Hastanemizde bu hastalık grupları için grup terapileri uygulanmaktadır. Hem hasta ve hem de hasta yakınları için yapılan grup terapileri bağımlılık tedavilerinin devamı şeklindedir. Bundan dolayı kısa gibi görülen tedavi süresi (hastanede kalış süresi) grup terapilerinin varlığıyla uzamaktadır. Bu tedavi planlaması dışındaki diğer faktörler de bağımlılığı olan hastaların yatış sürelerinin daha az olmasına neden olmuş olabilir. Örneğin; Sinclair ve arkadaşları (2008) yaptığı çalışmada, alkol ve madde bağımlılığı olan hastaların genç yaş grubunda ve erkek cinsiyette olmasının, tedavinin hızlı etki etmesi, daha az tıbbi komorbidiye sahip olmasının ve bunun içinde tıbbi kayıtlarının daha az sorgulanmasının etkili olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca bağımlılığı olan hastalara karşı sağlık çalışanlarının, hastanın taburculuğunun bir an önce sağlanmasına yönelik stigmatize edici tutumunun da etkili olabileceğini bildirmişlerdir (8).

Psikiyatrik bozukluğu olan kişiler, hastaneden taburcu olma ve topluma yeniden entegrasyon arasındaki geçen sürede gerekli bakım sağlanamadığı zaman, bu dönemde yeniden kabul için risk altındadır (18). Bu durum, genel olarak sık yatış olarak bilinen “döner kapı fenomeni”ne yol açmaktadır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada tekrarlayan yatış oranı %24 olarak saptanmış ve hastaların %6.9’unun döner kapı fenomeni hastalarını oluşturduğu bulunmuştur. Ayrıca tekrarlayan yatışı olan hastaların %36.4’ünün psikotik semptomları olan grupta olduğu belirtilmiştir (13). Özellikle ilk bir ay yeniden kabul

riski için oldukça önemlidir (18). Yapılan bir çalışmada, psikiyatri hastalarının taburcu olduktan sonraki 30 gün içinde yeniden kabul edilme oranı %10,5 olarak bulunmuşken; Kanada’da, psikiyatrik bozukluğu olanlarda taburculuk sonrası 30 gün içinde geri kabul oranı, 2016’da %12.8 olarak bildirilmiştir (19, 20). Bu yeniden kabullerin yarısından çoğu ilk 14 gün içinde gerçekleşmiştir. Çalışmamızda tekrarlayan kabulü olan hastaların ilk bir ay içindeki yeniden kabul oranı %5,1 iken, bir yıl içinde bu oran %33,9 olarak saptandı. Bir başka deyişle ilk bir yıl içinde tekrarlayan kabulü olan her üç psikotik belirtili psikiyatrik bozukluklardan birisi yataklı servise yeniden kabul edilmiştir. Geniş bir örneklemede yapılan bir çalışmada, BDB olan hastaların ilk bir ay içinde %11’inin, bir yıl içinde ise %31,4’ünün geri kabulünün yapıldığı belirtilmiştir (21). İlk bir ay içinde yeniden kabulü ön gören en önemli belirleyiciler; geçmişte üç defadan daha fazla hastanede yatışının olması, ileri yaş, hastanın yatış öncesi dönemde evsiz olması veya sokakta yaşaması ve sigortasının olmaması olarak saptanmıştır. Çalışmamızda ilk bakışta şaşırtıcı gibi gözükten sonuçlardan birisi de şizofreni ve şizoaftif bozukluk tanılarının olmasının ilk bir yıl içindeki tekrarlayan yatışı azaltması durumudur. Bu durum, aslında hastalıkların ağırlığı düşünüldüğünde çelişkili gibi gelebilir. Ancak, burada şizofreni ve şizoaftif bozuklukların yatış süresini anlamlı şekilde uzattığı saptanmıştır. Yatış süresinin diğer psikotik belirtili hastalıklara göre uzun olması onların ilk bir yıl içindeki yeniden yatışını engelliyor gibi görülmektedir. Bu durumu destekleyen bilgilerden birisi de tekrarlayan yatışı anlamlı şekilde öngören üçüncü yordayıcının kısa süreli yatışın olması durumudur. Şizofreni ve şizoaftif bozukluklarla ilgili elde edilen sonuçlar, yatış sürelerindeki ortalama göre 2-3 gün uzamanın yeniden yatışları azalttığını göstermektedir. Çalışmalar, taburculuk sonrası ilk bir ay içinde toplum temelli tedavi ve ayakta tedavi hizmetlerinin yaygınlaşmasının geri kabul oranlarını düşürdüğünü göstermektedir (22). Bu geçiş aşamasında, etkin ve ulaşılabilir bir tedaviyle birlikte hastaların barınma gibi temel ihtiyaçlarını karşılayacak olan sosyal destek sisteminin varlığı yeniden kabul oranlarını düşürecektir.

Çalışmamızda psikotik belirtili psikiyatrik hastalıklardaki tıbbi komorbidite %7 olarak

bildirilmiştir (Tablo 1). Bu oran literatüre göre kısmen azdır (23, 24). Lyketsos ve arkadaşları (2002) yaptıkları çalışmalarında hastaların kabul döneminde %15 oranında tıbbi komorbidite olduğunu, taburculuk esnasında ise bu oranın %12 olduğunu belirtmiştir (25). Tıbbi komorbidite varlığı çalışmamızda hem hastanede kalış süresi hem de tekrarlayan kabul için anlamlı bir yordayıcı olarak saptanmamıştır (Tablo 3 ve 4). Ancak literatür bu konuda hastanede kalış süresinin tıbbi komorbidite varlığı halinde uzadığını belirtmektedir. Yine Lyketsos ve arkadaşları çalışmalarında tıbbi komorbiditenin hastanede kalış süresini ortalama 3,25 gün arttırdığını bildirmiştir (25). Hatta bu tıbbi komorbiditenin, hastaların yaklaşık %20'sinde tedavi odağı haline geldiğini belirtmiştir. Çalışmamızda tıbbi komorbidite değişkeni altında ciddiyeti birbirinden oldukça farklı olan birçok hastalık (baş ağrısı, karın ağrısı, serebrovasküler hastalık, parkinson hastalığı, epilepsi vb.) değerlendirilmiştir. Bu da elde edilen sonuçta bir kısıtlılık yaratmış olabilir. Tıbbi komorbidite ilgili değişkenlerin ayrı ayrı değerlendirilmesi başka bir çalışmanın temel konusu olabilecektir. Yaş da tıbbi komorbidite ile ilişkili olan bir değişkendir. İleri yaşta tıbbi komorbiditelerin artması, hastalıkların daha dirençli seyretmesi, ilaç tedavilerine yanıt azlığı ve ilaç yan etkilerinin daha sık olması gibi nedenlerle hastanede kalış süresini uzattığı bildirilmektedir (17, 26). Çalışmamızda da ileri yaş, hastanede kalış süresini uzatan anlamlı yordayıcılardan birisidir (Tablo 3). Bununla birlikte bazı çalışmalar hastaların yaşlarının ve hastalıklarının başladığı yaştan hastanede kalış süresi üzerine etkili olmadığını bildirmiştir (15).

Literatürde psikiyatri hastalarının hastanede kalış süreleri geniş bir aralıkta değişkenlik göstermektedir. Bunda ülkelerin sağlık politikaları, tedavi hizmet farklılıkları, sağlık sigortası seçenekleri, gelişmişlik seviyeleri, tedavi sürecindeki ilaç tercihleri, ilaç dozları, ilaç yan etkileri, ev ve iş durumunun önemli birer değişken olduğu bildirilmiştir (15, 27). Çalışmamızın bu alandaki verileri değerlendirememiş olması bir kısıtlılıktır. Çalışmanın yapıldığı ilde yataklı servis hizmeti sunan başka hastaneler ve toplum ruh sağlığı merkezi mevcuttur. Hastalar, hastanemiz dışında bir başka hastaneye yatmış olabilir. Bu durum bir kısıtlılık olarak ele alınabilir. Çalışmamızın tek merkezli ve retrospektif olarak gerçekleştirilmesi,

psikotik bulgu varlığına sadece dosyalardan bakılmış olması bir kısıtlılıktır. Analizde hastaların tedavileri, taburculuk süreçleri, hastalıkla ilgili özellikler (başlangıç yaşı, hastalık süresi vb.) ve hastaların temel yatış endikasyonları ile ilgili bilgi eksikliğinin olması önemli bir kısıtlılık olup, bu veriler elde edilen veri içeriğinde olmadığından analizlere dâhil edilememiştir. İleri araştırmalarda bu değişkenlerin de yer alması bu alandaki eksiklikleri giderecektir. Ayrıca şizofreni ve şizoaffektif bozukluk ile ilgili tekrarlayan kabul sıklıklarındaki düşüklüğün gelecekte yapılacak çalışmalarda yeniden ele alınması önerilir. 12 yıllık bir veri seti ile kar amacı gütmeyen bir üniversite kurumunda birçok öğretim üyesinin eşliğinde yapılmış olması çalışmanın en güçlü yönüdür.

SONUÇ

Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanısının olması hastanede kalış süresini uzatan öngörücüler olmakla birlikte, tekrarlayan kabulü azaltan anlamlı yordayıcılardır. Bu hastalıkların olması ilk bakışta çelişkili gibi gelse de hastane kalış sürelerinin uzaması, bu hastalıkların ilk bir yıl içindeki yeniden yatışlarını engelliyor olabilir. Bu bir ön görü olmakla birlikte yatış süreleri uzadıkça tekrarlayan kabulün azalması bu öngörümüzü desteklemektedir. Başta şizofreni ve şizoaffektif bozukluk olmak üzere psikotik belirtilerin eşlik ettiği psikiyatrik hastalıklarda yatış süresi ve tekrarlayan yatış durumu arasındaki ilişkili ileri çalışmalarda ele alınmalıdır. Oluşturduğumuz modellerin hastanede kalış süresi için varyansın %5,7'sini, tekrarlayan kabul için varyansın %10,4'ünü açıklaması, bu durumlar için halen birçok faktörün olduğunu göstermektedir. Bu faktörleri de içine alan ileri araştırmalar önerilmektedir.

Araştırmamızda en uzun hastanede kalış süreleri depresyon ile ilişkili iken en kısa hastanede kalış süreleri bağımlılıklar ile ilişkiliydi. Literatür bağımlılık ile ilgili yatışların genellikle kısa olduğunu göstermesine rağmen bu durumun nedenleri hakkında ciddi bilgi eksikliği vardır. Bağımlılıklardaki kısa hastanede kalış süreleri ile ilgili araştırmalar mutlaka yapılmalıdır.

Tekrarlayan kabul psikiyatrik bozukluklarda sık görülen sorunlardan birisidir. Psikotik belirtili psikiyatrik bir hastalığı olan her üç kişiden birisi ilk bir yıl içinde yeniden kabul edilmiştir. Bu hastaların toplum hayatına geçişte zorlandığını göstermekte-

dir. Güncel sağlık politikalarında da önerildiği üzere toplum ruh sağlığı merkezlerinin yaygınlaştırılması, ulaşılabilir ayaktan tedavi hizmetlerinin sunulması ve sosyal destek sistemlerinin etkin işlemesi tekrarlayan kabulleri azaltmak için mutlak gerekliliktir.

KAYNAKLAR

1. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Derg* 2011; 22:40-52.
2. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry* 2016; 3:171-8.
3. Uygur AB, Esen Danacı A. Needs of patients with schizophrenia and their predictors. *Türk Psikiyatri Derg* 2019; 30:180-90.
4. Ekman M, Granstrom O, Omerov S, Jacob J, Landen M. The societal cost of schizophrenia in Sweden. *J Ment Health Policy Econ* 2013; 16:13-25.
5. Osby U, Tiainen A, Backlund L, Edman G, Adler M, Hällgren J, Sennfalt K, van Baardewijk M, Sparen P. Psychiatric admissions and hospitalization costs in bipolar disorder in Sweden. *J Affect Disord* 2009; 115:315-22.
6. Creed F, Tomenson B, Anthony P, Tramner M. Predicting length of stay in psychiatry. *Psychol Med* 1997; 27:961-6.
7. Hallak JE, Crippa JA, Vansan G, Zuairi AW. Diagnostic profile of inpatients as a determinant of length of stay in a general hospital psychiatric unit. *Braz J Med Biol Res* 2003; 36:1233-40.
8. Sinclair JM, Latifi AH, Latifi AW. Co-morbid substance misuse in psychiatric patients: prevalence and association with length of inpatient stay. *J Psychopharmacol* 2008; 22:92-9.
9. Ragazan DC, Eberhard J, Osby U, Berge J. Gender influence on the bipolar disorder inpatient length of stay in Sweden, 2005-2014: A register-based study. *J Affect Disord* 2019; 256:183-91.
10. Koparal B, Ünler M, Utku HC, Candansayar S. Revolving door phenomenon and related factors in schizophrenia, bipolar affective disorder and other psychotic disorders. *Psychiatr Danub* 2021; 33(1):18-26.
11. Frick U, Frick H, Langguth B, Landgrebe M, Hübner-Liebermann B, Hajak G. The revolving door phenomenon revisited: time to readmission in 17145 patients with 37697 hospitalisations at a German psychiatric hospital. *PloS One* 2013; 8(10):e75612.
12. Newman L, Harris V, Evans LJ, Beck A. Factors Associated with Length of Stay in Psychiatric Inpatient Services in London, UK. *Psychiatr Q* 2018; 89:33-43.
13. Chasan MT, Karakuş G, Tamam L, Demirkol ME. Bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde psikotik semptomların tekrarlayan yatışlara etkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2020; 13(1):75-86.
14. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve LISREL Uygulamaları (Vol. 2). Ankara, Pegem Akademi, 2012.
15. Masters GA, Baldessarini RJ, Ongur D, Centorrino F. Factors associated with length of psychiatric hospitalization. *Compr Psychiatry* 2014; 55:681-7.
16. McCrone P, Phelan M. Diagnosis and length of psychiatric in-patient stay. *Psychol Med* 1994; 24:1025-30.
17. McDonald WM. Epidemiology, etiology, and treatment of geriatric mania. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(Supp 13): 3-11.
18. Donisi V, Tedeschi F, Salazzari D, Amaddeo F. Pre- and post-discharge factors influencing early readmission to acute psychiatric wards: implications for quality-of-care indicators in psychiatry. *Gen Hosp Psychiatry* 2016; 39:53-8.
19. Elhassan NM, Elhusein B, Al Abdulla M, Saad TA, Kumar R. Sociodemographic and clinical characteristics of patients with recurrent psychiatric readmissions in Qatar. *J Int Med Res* 2020; 48(12):300060520977382.
20. Canadian Institute for Health Information. Health indicators interactive tool. <https://yourhealthsystem.cihi.ca/epub/>. Erişim tarihi: 29 Aralık, 2021.
21. Hamilton JE, Passos IC, de Azevedo Cardoso T, Jansen K, Allen M, Begley CE, Soares JC, Kapczinski F. Predictors of psychiatric readmission among patients with bipolar disorder at an academic safety-net hospital. *Aust N Z J Psychiatry* 2016; 50:584-93.
22. Lam M, Li L, Anderson KK, Shariff SZ, Forchuk C. Evaluation of the transitional discharge model on use of psychiatric health services: An interrupted time series analysis. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2019; 00:1-13.
23. Felker B, Yazel JJ, Short D. Mortality and medical comorbidity among psychiatric patients: a review. *Psychiatr Serv* 1996; 47:1356-63.
24. Goldman LS. Comorbid medical illness in psychiatric patients. *Curr Psychiatry Rep* 2000; 2:256-63.
25. Lyketsos CG, Dunn G, Kaminsky MJ, Breakey WR. Medical comorbidity in psychiatric inpatients: relation to clinical outcomes and hospital length of stay. *Psychosomatics* 2002; 43:24-30.
26. Sajatovic M, Bingham CR, Campbell EA, Fletcher DF. Bipolar disorder in older adult inpatients. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193:417-9.
27. Addisu F, Wondafrash M, Chemali Z, Dejene T, Tesfaye M. Length of stay of psychiatric admissions in a general hospital in Ethiopia: a retrospective study. *Int J Ment Health Syst* 2015; 9:13.

Psikiyatri branşıyla ilgili tıbbi uygulama hatası (malpraktis) iddiası nedeniyle değerlendirilen vakaların klinik özellikleri ve adli psikiyatrik açıdan incelenmesi

Clinical characteristics and forensic psychiatric examination of cases evaluated due to alleged psychiatric medical malpractice

Ender Cesur¹, İlker Taşdemir², Ercan Buyukakincak², Hızır Asliyuksek², Şenol Turan²

¹Dr.Öğr. Üyesi, Acıbadem Maslak Hastanesi, <https://orcid.org/0000-0002-8982-8626>

²Dr., Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, <https://orcid.org/0000-0003-2968-3899>, <https://orcid.org/0000-0003-1643-2214>, <https://orcid.org/0000-0001-6845-3717>, <https://orcid.org/0000-0002-8684-2617>

ÖZET

Amaç: Çalışmanın amacı psikiyatri dalında çalışan sağlık personeli hakkında açılan tıbbi uygulama hatası davalarının adli tıbbi boyutunu değerlendirmek, hangi sağlık çalışanlarından şikayetçi olunduğu, tıbbi uygulama hatası tespit edilen vakalarda ortaya çıkan zararların neler olduğu ve tespit edilen hataların hangi süreçlerde meydana geldiğini araştırmaktır. **Yöntem:** Çalışmada Adli Tıp Kurumu tarafından 2013-2020 yılları arasında değerlendirilen psikiyatri branşıyla ilgili tıbbi uygulama hatası iddiası olan 122 vakanın raporları geriye dönük olarak sosyodemografik ve klinik form aracılığıyla incelenmiştir. **Bulgular:** İncelenen dosyaların 42'si (%34,4) eğitim ve araştırma hastanesinde, 34'ü (%27,9) devlet hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarına yönelik olmuştur. Tıbbi uygulama hatası iddia edilen hekimler içinde uzman hekimler ilk sırada bulunmuştur. Olaya müdahil olan personellerden 113'ü hekimdir (%92,6). Vakaların ölüm duruma bakıldığında, 65'inin (%53,3) ölümlü sonuçlandığı görülmüştür. 19 vaka intihar (%29,2) nedeni ile hayatını kaybetmiştir. Çalışmamızda hekim hatası olduğu tespit edilen vakaların en önemli kusur nedeninin teşhis ve rapor uyumsuzluğu olduğu görülmektedir. **Sonuç:** Sağlık çalışanlarının artan iş yükü ve sorumlulukları, hastalara ayrılan zamanın azalması hekim-hasta arasındaki güveni zedeleyebilmekte bu da tıbbi uygulama hatalarına ya da olası iddialara zemin hazırlamaktadır. Bu konudaki çalışmaların artırılması, tıbbi uygulama hatası iddialarının önlenmesine ve bu hataların en aza indirilmesine katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Malpraktis, psikiyatri, tıbbi uygulama hatası, adli psikiyatri

SUMMARY

Objective: The aim of the study is to evaluate the forensic medical dimension of medical malpractice lawsuits filed against health personnel working in the field of psychiatry, to investigate which health workers are complained about, what are the damages that occur in cases where medical malpractice is detected, and in which processes the detected errors occur. **Method:** In the study, the reports of 122 cases with claims of medical malpractice concerning psychiatry, which were evaluated by the Council of Forensic Medicine between 2013 and 2020, were examined retrospectively through sociodemographic and clinical forms. **Results:** 42 (34.4%) of the examined files were made against healthcare professionals working in training and research hospitals and 34 (27.9%) in public hospitals. 113 of the personnel involved in the incident were physicians (92.6%). Psychiatry specialists were in the first place among the physicians with alleged faults. Considering the death status of the cases, it was seen that 65 (53.3%) resulted in death. 19 cases died due to suicide (29.2%). In our study, it was seen that the most important cause of defect in the cases found to be physician error was diagnosis and report mismatch. **Conclusion:** The increasing workload and responsibilities of healthcare professionals and the decrease in the time allocated to patients can damage the trust between the physician and the patient, which paves the way for medical practice errors or possible claims. Increasing studies on this subject will contribute to the prevention of claims of medical malpractice and to minimize these errors.

Key Words: Malpractice, psychiatry, medical malpractice, forensic psychiatry

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2022;25:395-403)

DOI: 10.5505/kpd.2022.33716

GİRİŞ

Latince “mala” (kötü) ve “praxis” (uygulama) kelimelerinden köken alan “malpraktis”, makul olmayan beceri veya özen eksikliğinin olduğu tüm mesleki hataları kapsamaktadır (1). Söz konusu eksiklik, tıp alanı kapsamı içinde ise “tıbbi malpraktis” veya “tıbbi uygulama hatası” olarak ifade edilmektedir.

Tıp uygulamaları içerisinde, ortaya çıkan hataların tümünün tıbbi uygulama hatası olmadığı söylenebilir. Bunun yanında, tıbbi uygulama hatalarının tamamının zararlı sonuçlanmadığı bilinmektedir. Zarar, tıbbi uygulama hatasından kaynaklanabileceği gibi, altta yatan başka bir hastalıktan ya da tedavi sonucu ortaya çıkan komplikasyonlardan da kaynaklanabilmektedir (2). Tıbbi uygulama hataları ise ihmal, dikkatsizlik, meslekte acemilik ve yönetmeliklere uymama sonucunda ortaya çıkabilmektedir (1).

Son yıllarda tüm dünyada, tıbbi uygulama hatası nedeniyle mahkemelere yapılan başvuruların sıklığının arttığı söylenebilir. Hastaların genel olarak sağlık sisteminden ve çalışanlarından beklentisinin artmış olması, medya organlarının konu üzerine aşırı ilgisine paralel olarak toplumun hassasiyetinin artması, avukatların bu tür davalara olan özel ilgileri ve çalışma alanı olarak seçmeleri tıbbi uygulama hatası ile ilgili şikayetlerin artmasının sebepleri arasında gösterilebilir (3). Türkiye’de de tıbbi kötü uygulama iddialarına yönelik adli başvuruların son yıllarda arttığı görülmektedir (2).

Türkiye’de hekimlik mesleği uygulamaları ile alakalı çok kapsamlı yasal düzenlemeler bulunmakla birlikte ceza ve hukuk alanında hekimlerin cezai ve hukuki sorumluluğunu düzenleyen özel bir madde bulunmamaktadır (2). Mesleki etik kurallarına göre hekim, ilgili yasalardaki, genel tanımlamalar gereğince cezai ve hukuki açıdan yargılabilmektedir (4, 5). Türk Ceza Kanunu’nda (TCK) tarif edilen kusur durumları; “kast”, “olası kast”, “taksir”, “bilinçli taksir” şeklindedir (6). Yapılan tıbbi müdahale sonrasında hastada bir zarar ortaya çıktığında, bunun tıbbi uygulama kaynaklı olup olmadığı, yapılan uygulamanın kusurlu olup olmadığını belirleme görevi bilirkişi kuruluşlarına aittir (2).

Psikiyatriye ilişkin en sık tıbbi uygulama hatalarının hastanın intihar etmesi, hastaların başka birine

zarar vermesi, yanlış tanı ve yanlış tedavi, hastane-den kaçma girişimleri, aydınlatılmış onam alınmamış olması ve gizliliğin korunamaması ile ilişkilidir (7,8)

Bildiğimiz kadarıyla, psikiyatrik tıbbi uygulama hatalarıyla ilgili Türkiye’de yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada 2013-2020 yılları arasında ... tarafından psikiyatri dalında çalışan sağlık personeli hakkında açılan tıbbi uygulama hatası davalarının adli tıbbi boyutunu değerlendirmek, hangi sağlık çalışanlarından şikayetçi olunduğu, tıbbi uygulama hatası tespit edilen olgularda ortaya çıkan zararların neler olduğu ve saptanan hataların hangi süreçlerde meydana geldiği, en çok hata yapılan noktaların değerlendirilmesi ve elde edilen verilerle sağlık çalışanlarına ve kurumlara yöneltilecek tıbbi uygulama hatası iddialarının niteliğinin tespiti ve ruh sağlığı çalışanlarının bu konudaki farkındalığının artırılması amaçlanmaktadır.

YÖNTEM

Örneklem ve Uygulama

Çalışmada Adli Tıp Kurumu tarafından 2013-2020 yılları arasında görüşülerek karara bağlanan psikiyatriyi ilgilendiren tıbbi uygulama hatası iddiası olan 122 olgunun raporları geriye dönük olarak incelenmiştir. Tıbbi uygulama hatası iddiasının niteliği, kusur durumunun ve meydana geliş süresinin detayları Adli Tıp Kurumu tarafından düzenlenen kurul raporları temel alınarak incelenmiştir.

Raporlara UYAP sistemi üzerinden ulaşılmıştır. Çalışmanın yürütüldüğü hastane Adalet Bakanlığı’na bağlı olup, kurumun kendi düzenlediği raporlara UYAP üzerinden erişim izni bulunmaktadır. Dosyalardaki mevcut veriler sosyodemografik ve klinik form aracılığıyla çalışmayı yürüten araştırmacılar tarafından kayıt altına alınmıştır. Olguların olay tarihindeki yaşı, cinsiyeti, olay tarihi, gönderen adli merci, olguların illere ve bölgelere göre dağılımı, başvuru şikayeti, başvuru tanısı, müracaat edilen sağlık kuruluşu, iddiaya konu olan doktorların akademik unvanı, tıbbi uygulama hatası meydana gelip gelmediği, başvurudan ölüme kadar geçen sürenin kusur oranına etkisi, otopsi yapılma durumu, kusur verilme nedeni, sağlık personeli kusur durumu, bilirkişi görüşü istenilen kurulların kararları incelenmiştir.

Adli Tıp Kurumu Eğitim ve Bilimsel Araştırma Komisyonu'ndan 21/06/2021 tarihinde, 2021/752 sayılı etik kurul onayı alınmıştır.

İstatistiksel Analiz

Elde edilen verilerin analizinde SPSS (v26.0) programı kullanılmıştır. Veri girişinin doğruluğu kontrol edildikten sonra ele alınan her bir değişken için frekans analizi gerçekleştirilmiştir. Olguların değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediğini belirlemeye yönelik olarak Fisher Freeman Halton testi yapılmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya dahil edilen 122 olgudan 40'ı kadın (%32,8), 82'si erkektir (%67,2). Olguların olay tarihindeki yaşı 3 ila 89 yaş aralığında değişmekte olup ortalama yaş 37,35'tir (Standart sapma=18,71). Tıbbi uygulama hatası konusunda kimin şikayetçi olduğu incelendiğinde, 45 olgunun anne-baba-kardeşi (%36,9), 18 olgunun çocukları (%14,8), 15 olgunun eşi/partneri (%12,3), 16 olgunun kendisi (%13,1), 18 olgunun diğer kişi (%14,8) ve 10 olgunun bilinmiyor/belirtilmemiş (%8,2) olduğu görülmüştür. Olguların 73'ünün (%59,8) Cumhuriyet Başsavcılığı, 6'sının (%4,9) Asliye Ceza Mahkemesi, 5'inin (%4,1) Asliye Hukuk Mahkemesi, 15'inin (%12,3) İdari Mahkeme ve 23'ünün (%18,9) diğer adli merciler tarafından gönderildiği görülmüştür.

32 olgu hatalı rapor sebebiyle (%26,2), 30 olgu yanlış tanı ve tedavi sebebiyle (%24,6), 17 olgu intihar girişimi sebebiyle (%13,9), 14 olgu eksik/hatalı tedavi sebebiyle (%11,5), 14 olgu ilgisizlik/özensizlik sebebiyle (%11,5), 9 olgu ilaç yan etkisi sebebiyle (%7,4), 2 olgu sevk etmeme sebebiyle (%1,6), 2 olgu hastanın istemi dışında endikasyon dışı zorunlu yatırma sebebiyle (%1,6), 1 olgu hastaneden kaçma sebebiyle (%0,8) ve 1 olgu tespit sırasında yaralama sebebiyle (%0,8) şikayetçi olmuştur. Olgular, olayın ilk yaşandığı andan ilk başvuruya kadar geçen süre açısından incelendiğinde, 14 olgunun 0-24 saat içinde (%11,5), 6 olgunun 1-7 gün içinde (%4,9), 8 olgunun 7-30 gün içinde (%6,6), 13 olgunun 2-3 ay içinde (%10,7), 12 olgunun 4-6 ay içinde (%9,8), 8 olgunun 7-12 ay içinde (%6,6) ve 61 olgunun 12 aydan sonraki süre içinde (%50) olduğu tespit edilmiştir. Adli merciinin sorusunun ne olduğu

incelendiğinde, 39 olguda (%32,0) hekim kusuru ve illiyet, 36 olguda (%29,5) hekim kusuru, 32 olguda (%26,2) raporun gerçeğe aykırı olup olmadığı, 10 olguda (%8,2) hekim kusuru ve ölüm sebebi ve illiyet, 4 olguda (%3,3) hekim kusuru ve ölüm sebebi ve 1 olguda (%0,8) diğer olduğu ortaya çıkmıştır. İncelenen 53 dosyada (%43,6) ihmali davranış, 32 tanesinde (%26,2) sahte/hatalı belge düzenleme, 30 tanesinde (%24,6) ihmal ve taksir ve 7 tanesinde (%5,7) taksir suçu olduğu iddia edilmiştir (Tablo 1).

Araştırmada incelenen olaylardan 44'ü (%36,1) Marmara Bölgesi'nde, 24'ü (%19,7) Ege Bölgesi'nde, 17'si (%13,9) İç Anadolu Bölgesi'nde, 15'i (%12,3) Akdeniz Bölgesi'nde, 9'u (%7,4) Karadeniz Bölgesi'nde, 7'si (%5,7) Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde ve 6'sı (%4,9) Doğu Anadolu

Tablo 1. Şikayetle ilgili özellikler

Değişken	Frekans (Yüzde)
Şikâyet nedeni	
Eksik/hatalı tedavi	14 (%11,5)
İlgisizlik/özensizlik/	14 (%11,5)
Sevk etmeme	2 (%1,6)
Yanlış tanı ve tedavi	30 (%24,6)
İntihar girişimi	17 (%13,9)
Hastaneden kaçma	1 (%0,8)
İlaç yan etkisi	9 (%7,4)
Tespit sırasında yaralama	1 (%0,8)
Hatalı rapor	32 (%26,2)
İlk başvuruya kadar geçen süre	
0-24 saat	14 (%11,5)
1-7 gün	6 (%4,9)
7-30 gün	8 (%6,6)
2-3 ay	13 (%10,7)
4-6 ay	12 (%9,8)
7-12 ay	8 (%6,6)
12 aydan fazla	61 (%50,0)
Gönderen adli merciinin türü	
Cumhuriyet Başsavcılığı	73 (%59,8)
Asliye Ceza Mahkemesi	6 (%4,9)
Asliye Hukuk Mahkemesi	5 (%4,1)
İdari Mahkeme	15 (%12,3)
Diğer	23 (%18,9)
Adli merciinin sorusu	
Hekim kusuru	36 (%29,5)
Hekim kusuru ve ölüm sebebi	4 (%3,3)
Hekim kusuru ve illiyet	39 (%32,0)
Hekim kusuru, ölüm sebebi ve illiyet	10 (%8,2)
Diğer	1 (%0,8)
Raporun gerçeğe aykırı olup olmadığı	32 (%26,2)
İddia edilen suç	
Taksir	7 (%5,7)
İhmali davranış	53 (%43,4)
İhmal ve taksir	30 (%24,6)
Sahte/hatalı belge düzenleme	32 (%26,2)

Bölgesi'nde gerçekleşmiştir.

Olaya ilişkin sorulan hastanelerden 42'si (%34,4) eğitim ve araştırma hastanesi, 34'ü (%27,9) devlet hastanesi, 15'i (%12,3) askeri hastane, 14'ü (%11,5) özel hastane, 13'ü (%10,7) üniversite hastanesi ve 4'ü (%3,3) muayenehanedir. Olaya müdahil olan personellerden 113'ü hekim (%92,6), 7'si hekim ve hemşire (%5,7) ve 2'si hemşiredir (%1,6). Olaya müdahil olan psikiyatri hekimlerinden 102'si uzman doktor (%83,6), 6'sı profesör (%4,9), 5'i doçent (%4,1), 3'ü asistan doktor (%2,5), 2'si doktor öğretim üyesi (%1,6) ve 2'si asistan ve uzman (%1,6) kadrosunda olup 2 hekimin kadrosu ise belirtilmemiştir (%1,6). Olaya müdahil olan sağlık çalışanlarından 35'i kadın (%28,7), 79'u erkek (%64,8) olup, 8 olguda (%6,5) farklı cinsiyetlerdeki birden fazla kişi olaya müdahil olmuştur (Tablo 2).

Dosyadaki psikiyatrik tanıları açısından inceleme yapıldığında, 29 depresyon (%23,8), 27 psikotik bozukluk (%22,1), 20 bipolar bozukluk (%16,5), 7 anksiyete bozukluğu (%5,7), 10 birden alkol/psikoaktif madde kullanımına bağlı zararlı kullanım/bağımlılık (%8,2), 5 entelektüel yetersizlik (%4,1), 4 dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (%3,3), 3 antisosyal kişilik bozukluğu (%2,5), 2 demans (%1,6), 1 özgül öğrenme güçlüğü (%0,8), 1 otizm (%0,8), 1 konversiyon bozukluğu

Tablo 2. Tıbbi uygulama ile ilgili özellikler

Değişken	Frekans (Yüzde)
Olaya ilişkin sorulan hastane	
Devlet hastanesi	34 (%27,9)
Eğitim ve araştırma hastanesi	42 (%34,4)
Üniversite hastanesi	13 (%10,7)
Özel hastane	14 (%11,5)
Muayenehane	4 (%3,3)
Askeri hastane	15 (%12,3)
Olaya müdahil olan personel	
Hekim	113 (%92,6)
Hemşire	2 (%1,6)
Hekim ve hemşire	7 (%5,7)
Olaya müdahil olan psikiyatri hekimlerinin kadroları	
Asistan doktor	3 (%2,5)
Uzman doktor	102 (%83,6)
Doktor öğretim üyesi	2 (%1,6)
Doçent	5 (%4,1)
Profesör	6 (%4,9)
Asistan ve uzman	2 (%1,6)
Belirtilmemiş	2 (%1,6)
Muayene yeri	
Acil servis	10 (%8,2)
Poliklinik	71 (%58,2)
Servis	38 (%31,1)
Muayenehane	3 (%2,5)

(%0,8), 1 deliryum (%0,8), 1 davranım bozukluğu (%0,8) ve 1 uyum bozukluğu (%0,8) olduğu görülüp, 3 dosya (%2,5) sağlıklı kişilerden ve 6 dosya da (%4,9) psikiyatrik tanısı olmayan kişilerden oluşmaktadır. 77 olguya asli tedavi uygulanmış (%63,1), 14 olgu konsülte edilmiş (%11,5) ve 30 olguda da rapor düzenlemesi (%25,4) yapılmıştır. Olgulardan 79'una medikal tedavi (%64,8), 6'sına medikal tedavi ve elektrokonvülsif tedavi (EKT) (%4,9), 1'ine cerrahi tedavi (%0,8) uygulanmış olup, 1'i takip edilmiş (%0,8), 32'sine rapor düzenlenmiş (%26,2) ve 3'üne tedavi uygulanmamıştır (%2,5).

Olguların ölüm duruma bakıldığında, 65'inin (%53,3) ölümle sonuçlandığı görülmüştür. Ölen 65 olgunun ölüm nedenleri şu şekildedir: 19 olgu intihar (%29,2), 13 olgu kalp krizi (%20,0), 4 olgu serebrovasküler hastalık/beyin kanaması (%6,3), 4 olgu psikoaktif madde intoksikasyonu (%6,3), 3 olgu menenjit/ensefalit (%4,6), 2 olgu pnömotoraks/hemotoraks (%3,1), 2 olgu nöroleptik malign sendrom (%3,1), 1 olgu lityum intoksikasyonu (%1,5), 1 olgu akciğer kanseri (%1,5), 1 olgu kalp tamponadı (%1,5), 1 olgu nötrofenik ateş (%1,5), 1 olgu akut batın (%1,5), 1 olgu kronik obstrüktif akciğer hastalığı (%1,5), 1 olgu asfiksi

Tablo 3. Tanı ve tedavi özellikleri

Değişken	Frekans (Yüzde)
Dosyadaki psikiyatrik tanı	
Depresyon	29 (%23,8)
Psikotik bozukluk	27 (%22,1)
Bipolar bozukluk	20 (%16,5)
Anksiyete bozukluğu	7 (%5,7)
Alkol/psikoaktif madde kullanımına bağlı zararlı kullanım/bağımlılık	10 (%8,2)
Entelektüel yetersizlik	5 (%4,1)
Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu	4 (%3,3)
Antisosyal kişilik bozukluğu	3 (%2,5)
Demans	2 (%1,6)
Özgül öğrenme güçlüğü	1 (%0,8)
Otizm	1 (%0,8)
Konversiyon bozukluğu	1 (%0,8)
Deliryum	1 (%0,8)
Davranım bozukluğu	1 (%0,8)
Uyum bozukluğu	1 (%0,8)
Sağlıklı	3 (%2,5)
Tanı yok	6 (%4,9)
Olguya yapılan işlem	
Asli tedavi	77 (%63,1)
Konsültasyon	14 (%11,5)
Rapor düzenleme	31 (%25,4)
Uygulanan tedavi	
Medikal	79 (%64,8)
Rapor düzenleme	32 (%26,2)
Cerrahi	1 (%0,8)
Medikal ve elektrokonvülsif tedavi	6 (%4,9)
Takip	1 (%0,8)
Tedavi yok	3 (%2,5)

(%1,5) ve 1 olgu kardiyomiyopati (%1,5). 10 olgunun (%15,4) ölüm nedeni bilinmemektedir. Ölümle sonuçlanan olguların 50'sine otopsi yapılmış (%76,9), 15'ine otopsi yapılmamıştır (%23,1). Olguların 71'i poliklinikte (%58,2), 38'i serviste (%31,1), 10'u acil serviste (%8,2) ve 3'ü muayenehanede (%2,5) muayene edilmiştir. Olgularından 105'inde (%86,1) dosya ile E.C. değerlendirmesi sonucu klinik uyum bulunurken, 17'sinde bulunmamıştır (%13,9). Olgulardan 17'sinde (%13,9) kusurlu bulunmuş, 95'inde (%77,9) kusurlu bulunmamış ve 10 olguda da kusurlu olup olmayacağı bilinemez (%8,2) kararı verilmiştir (Tablo 4).

Kusurlu bulunan ve bulunmayan olguların Tablo 1-4'teki değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediğini belirlemeye yönelik olarak Fisher Freeman Halton testi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre kusurlu bulunma durumu ile Tablo 1-4'teki değişkenler arasında bir ilişki bulunamamıştır. Kusurlu bulunan olgular kusur türü açısından incelendiğinde, 7 olguda (%41,2) tanı ve rapor uyumsuzluğu, 3 olguda (%17,6) tetkik eksikliği, 3 olguda (%17,6) takip eksikliği, 1 olguda (%5,9) tetkik ve takip eksikliği, 1 olguda (%5,9) özen eksikliği, 1 olguda (%5,9) ilacı kesmeme ve 1 olguda (%5,9) endikasyon dışı tedavi olduğu

Tablo 4. Değerlendirme ile ilgili özellikler

Değişken	Frekans (Yüzde)
Ölüm durumu	
Ölüm	65 (%53,3)
Sağ	57 (%46,7)
Ölüm nedeni (n=65)	
İntihar	19 (%29,2)
Kalp krizi	13 (%20,0)
SVH/beyin kanaması	4 (%6,3)
Psikoaktif madde intoksikasyonu	4 (%6,3)
Menenjit/ensefalit	3 (%4,6)
Pnömotoraks/hemotoraks	2 (%3,1)
Nöroleptik malign sendrom	2 (%3,1)
Lityum intoksikasyonu	1 (%1,5)
Akciğer kanseri	1 (%1,5)
Kalp tamponadı	1 (%1,5)
Nötropenik ateş	1 (%1,5)
Akut batın	1 (%1,5)
KOAH	1 (%1,5)
Asfiksi	1 (%1,5)
Kardiyomiyopati	1 (%1,5)
Bilinmiyor	10 (%15,4)
Ölüm sonrası otopsi (n=65)	
Evet	50 (%76,9)
Hayır	15 (%23,1)
Dosya değerlendirmesi sonucu klinik tanı uyumu	
Var	105 (%86,1)
Yok	17 (%13,9)
Kusurlu bulunma durumu	
Evet	17 (%13,9)
Hayır	95 (%77,9)
Bilinemez	10 (%8,2)

görülmüştür. Kusurlu bulunan 17 olguda, kusurlu bulunan 13 hekim (%76,5), 2 hemşire (%11,8) ve 2 hekim ve hemşire (%11,8) bulunmaktadır. Kusurlu bulunan olgularda psikiyatristlerin 16'sı uzman doktor (%94,1) ve 1'i profesör (%5,9) kadrosundadır. Son olarak, kusurlu bulunan personellerden 13'ü erkek (%76,5), 1'i kadın (%5,9), 1'i 1 kadın ve 1 erkek (%5,9), 1'i 1 erkek doktor, 2 hemşire kadın (%5,9) ve 1'i 2 kadın hemşiredir (%5,9) (Tablo 5).

TARTIŞMA

Son yıllarda tıbbi uygulama hata iddiası ile hekimler aleyhine açılan davalarda ciddi bir artış olduğu görülmektedir (9). Bunun başlıca nedeni olarak toplumun sağlık hakkı ile ilgili bilinçlenmesinin olduğu ifade edilse de (2) açılan davalar sağlık çalışanlarının endişelerini arttırmakta ve bunun sonucu olarak defansif tıp uygulamalarının yaygınlık kazandığı belirtilmektedir (10). Araştırmamız psikiyatrik tıbbi uygulama hatalarıyla ilgili Türkiye'de yapılmış ilk çalışma olup; sonuçların ruh sağlığı çalışanlarının klinik uygulamalarına önemli katkılar sunacağı umulmaktadır.

Araştırmamızın sonuçları, psikiyatrik tıbbi uygulama hatası nedeniyle değerlendirilen olguların 2/3'ünden fazlasının (%67,2) erkek olduğunu göstermektedir. 2012 – 2015 yılları arasında nöroloji branşı ile ilgili tıbbi uygulama hatası olgularını ele

Tablo 5. Kusurlu bulunan olguların özellikleri (n=17)

Değişken	Frekans (Yüzde)
Kusur türü	
Tanı ve rapor uyumsuzluğu	7 (%41,7)
Tetkik eksikliği	3 (%17,6)
Takip eksikliği	3 (%17,6)
Tetkik ve takip eksikliği	1 (%5,9)
Özen eksikliği	1 (%5,9)
İlacı kesmeme	1 (%5,9)
Endikasyon dışı tedavi	1 (%5,9)
Olayla ilgili kusurlu bulunan personel	
Hekim	13 (%76,4)
Hemşire	2 (%11,8)
Hekim ve hemşire	2 (%11,8)
Kusurlu bulunan psikiyatristin kadrosu	
Uzman doktor	16 (%94,1)
Profesör	1 (%5,9)
Kusurlu bulunan personelin cinsiyeti	
Kadın	1 (%5,9)
Erkek	13 (%76,5)
1 kadın, 1 erkek	1 (%5,9)
1 erkek doktor, 2 kadın hemşire	1 (%5,9)
2 kadın hemşire	1 (%5,9)

alan bir başka çalışmada da, sonuçlarımıza benzer şekilde olguların büyük bir kısmının erkek olduğu rapor edilmiştir (2). Sonuçlarımıza bakıldığında, adli başvuruların büyük kısmının hasta yakınları tarafından ve yarısının bir yıldan sonra yapıldığı dikkat çekmektedir. Bilir Balıkcı'nın (2019) çalışmasında da benzer olarak başvuruların %81'inin 12 aydan sonra olduğu görülmektedir (11). Bu durum hastalığın ya da yapılan işlemin sonuçlarının geç ortaya çıkabilmesinden ya da hasta yakınlarının hukuki süreçle ilgili daha sonradan bilgilенmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Tanı hatası, yapılan incelemeler ya da yeni ortaya çıkan bulgularla saptanan yanlış veya gecikmiş bir teşhis olarak tanımlanmaktadır (2). Hatalı tanı koymak, sağlık çalışanının deneyimsiz olması, yeni geliştirilen tıbbi yöntemlerin gerisinde kalmak da hatalı tedavi uygulamalarını beraberinde getirebilmektedir. İlgisizlikten kaynaklanan hatalar da tetkik/ tedavi sırasında yapılmaması gereken bir eylemin gerçekleşmesidir. Çalışmamızda, eksik/hatalı tedavi, ilgisizlik/özensizlik, yanlış tanı ve tedavi sebebiyle, intihar girişimi, hatalı rapor ve ilaç yan etkisi sebebiyle yapılan şikayetlerin fazlalığı dikkat çekmektedir. Doğru tanı koyma ve tedavi etme her hekim için en temel yükümlülüklerden biridir. Psikiyatrik hastalıklar ve tedavileri medyada sıklıkla yanlış tasvir edilmekte ve genellikle tedaviler baskıcı ve etkisiz olarak sunulmaktadır (12). Bu durum psikiyatri hastalarının yanı sıra ruh sağlığı uzmanlarının ve tedavilerinin de damgalanmasını pekiştirmektedir (13). Çalışmamızda yanlış/eksik tanı nedeniyle başvuruların fazla olmasında bu damgalanmanın rol oynuyor olabileceği söylenebilir. Araştırmamızdaki olguların yaklaşık %14'ü tamamlanmış intihar sebebiyle dava konusu olmuştur. Bir psikiyatrist, hastalarının doğrudan ve dolaylı sorulara verdiği yanıtlar, bilinen risk faktörleri, hastanın geçmişte benzer durumlarda nasıl davrandığına ilişkin bilgiler ve tamamlayıcı bilgiler dahil olmak üzere mevcut tüm bilgilerine dayanarak intihar riskini değerlendirmekle yükümlüdür (14). İntihar riski olduğu tespit edilen bir hastanın bazı önlemlere tabi tutulması gerekebilmektedir. İntihar düşüncesi olan bazı kişiler, istem dışı hastaneye yatış gibi istenmeyen müdahalelerden kaçınmak için intihar düşüncelerini gizlemekte veya reddedebilmektedir (15). İntihar eden hastanın yakınları için oldukça örseleyici olabilecek

tamamlanmış intihar gibi bir eylem tıbbi uygulama hatası davalarının açılmasına neden olabilmektedir (16). İntihar riski olan ya da intihar girişimi sonrası hekime başvuran bir hastaya yaklaşıırken acil kriz müdahalesinde bulunulmalı ve hastanın verileri, yapılan müdahaleler detaylandırılarak kayıt altına alınmalıdır. Zorunlu tedavi ve yatış gerektiren durumlarda hekimlerin karar sürecini ve gerekçelerini kapsamlı bir şekilde belgelemeleri, ileride malpraktis iddiası ile dava açılrsa dahi hekimler açısından koruyucu olacaktır. Araştırmamızdaki şikayetlerin en büyük nedeninin ise hatalı rapor düzenlenmesi iddiası olduğu görülmektedir. Hekimler, hastaların sağlık durumu ile ilgili değerlendirmelerini ve tanımlarını "hekim raporu" ya da "sağlık raporu" adı verilen özel bir tıbbi evraka işlemektedir. İstirahat ve işgöremezlik, engellilik halleri, askeri ve emniyet personel değerlendirmeleri, sürücü adayı ya da özel güvenlik başvuruları, silah taşıma yetkinliği, evlilik öncesi durumun değerlendirilmesi için sağlık raporları düzenlenebilmektedir (17). Bu raporlarda hatalı değerlendirme ya da usulsüzlük iddiası söz konusu olduğunda raporu düzenleyen hekim tıbbi uygulama hatası kapsamında değerlendirilebilmektedir.

Araştırmada incelenen olayların yaklaşık %55'i Marmara ve Ege Bölgeleri'nden gönderilirken sadece yaklaşık %10'u Güneydoğu ve Doğu Anadolu Bölgeleri'nde gerçekleşmiştir. Büyükakıncak'ın (2016) araştırmasında da olguların en çok Marmara Bölgesindeki sağlık kuruluşlarından gönderildikleri belirtilmektedir (2). Olguların bölgelere göre bu şekilde dağılmasının nedeni olarak bölgelerin hastane ve hekim sayıları ve nüfus yoğunluğunun etkili olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda, olayın gerçekleştiği sağlık kuruluşları bakımından eğitim ve araştırma hastaneleri ve devlet hastanelerinin, hasta ve yakınları tarafından tıbbi uygulama hatası iddiasında bulunulması açısından ilk sırada olduğu görülmektedir. Türkiye'de yürütülen daha önceki araştırmalarda da tıbbi uygulama hatası iddiası olan sağlık kuruluşları arasında devlet hastanelerinin ilk sırada yer aldığı saptanmıştır (18, 19). Devlet hastanelerine ve eğitim ve araştırma hastanelerine başvuruların yoğun olması, bu kurumlardaki sağlık çalışanlarının uzun çalışma saatleri ve hastalara ayrılabilen sürelerin kısa olması tıbbi uygulama hatalarını artırıyor olabilir.

Çalışmamızda, dava konusu olaya müdahil olan personellerin çok büyük bir bölümünün (%92,6) hekim olduğu saptanmıştır. Psikiyatri hekimlerinin de büyük çoğunluğunun uzman hekim olduğu (%83,6), olguların yalnızca %2,5'inde asistan hekimlere dava açıldığı görülmektedir. Uzman hekimlerin büyük bir kısmı iş yükünün fazla olduğu devlet hastaneleri ya da eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışmaktadırlar (20). Artan iş yükü ve sorumluluklar, hastalara ayrılan zamanın azalması hekim-hasta arasındaki güveni zedeleyebilmekte bu da tıbbi uygulama hatalarına ya da olası iddialara zemin hazırlamaktadır. Tıbbi uygulama hatalarını önleyebilmek için hastalara yeteri kadar zamanın ayrıldığı bir çalışma ortamı tahsis edilmesi gerekmektedir. Bunun yanında, hekimlerin de hastalarını bilgilendirmeye ve gerektiğinde aydınlatılmış onam almaya, gizliliği korumaya, kayıt tutmaya ve bilimsel bilgiler doğrultusunda tedavilerini yürütmeye özen göstermesi önemlidir (21,22).

Olguların çoğunluğunun depresyon (%23,8), psikotik bozukluk (%22,1), bipolar bozukluk (%16,5) tanıları aldığı görülmektedir. Yine araştırmamızdaki olguların bir kısmına yatarak ya da ayaktan tedavi uygulanmış bir kısmı ise rapor düzenlenmesi gibi farklı amaçlarla başvurmuştur. Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozuklukların ve duygudurum bozukluklarının tedavisinde yaşanan zorluklar, uzun süreli tedavi gereksinimleri, bu hastalara uygulanan tedavilere bağlı görülebilen yan etkiler, hastaların ve hasta yakınlarının yükü hastalığın seyrini olumsuz etkileyebilmekte bu da hekim ve hasta arasında anlaşmazlıklara neden olabilmektedir (23,24).

Olguların ölüm duruma bakıldığında, çalışmamızdaki olguların %53,3'ünün ölmüş olduğu görülmektedir. Ölen 65 olgunun %29,2'si intihar nedeni ile hayatını kaybetmiştir. Psikiyatrik uygulamalarla ilgili en yaygın tıbbi uygulama hatası sebeplerinden biri, hastaların intihar girişiminde bulunmasına karşı makul korumanın sağlanamamasıdır (16). Bir hastanın intihar potansiyeli öngörülebilen ve belirgin hale geldikten sonra uygun bir güvenlik planı uygulamamak, hastanın bir intihar olayı nedeniyle zarar görmesi durumunda hekimi sorumlu tutabilir (16). Hastanın klinik durumuyla ilgili değişikliklerin tanımıyla birlikte değerlendirmelerin ve tedavi müdahalelerinin

dikkatli bir şekilde belgelenmesi, klinik ve yasal olarak uygun psikiyatrik ilkelere göre hareket edilmesi önemlidir. Araştırmamıza alınan hastaların önemli bir kısmı duygudurum bozuklukları ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar tanıları ile takip edilmektedir. Bu da araştırmamızdaki tamamlanmış intihar oranlarının yüksek olmasının altında yatan neden olarak görülebilir.

Olgulardan %13,9'unda sağlık çalışanları kusurlu bulunmuş, %8,2 olguda da kusur olup olmadığının bilinemediği kararı verilmiştir. Kusurlu bulunma durumu ile araştırmanın değişkenleri arasında bir ilişki bulunamamıştır. Kusurlu bulunan (17 kişi) ve bulunmayan (95 kişi) gruplar arasındaki sayısal farkın yüksek olmasının istatistiksel fark ortaya çıkmamasında etkili olduğu düşünülebilir. Yine kategorik değişkenlerin çok kategorili olması da gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamasına sebep olmuş olabilir.

Kusurlu bulunan olgular kusur türü açısından incelendiğinde, 7 olguda tanı ve rapor uyumsuzluğu, 3 olguda tetkik eksikliği, 3 olguda takip eksikliği, 1 olguda tetkik ve takip eksikliği, 1 olguda özen eksikliği, 1 olguda ilacı kesmeme ve 1 olguda endikasyon dışı tedavi olduğu görülmüştür. Kusurlu bulunan 17 olguda, kusurlu bulunan kişilerin büyük bir kısmının hekim olduğu, hekimlerin de %94,1'inin uzman doktor olduğu görülmektedir. Nöroloji ve nöroşirurji branşlarını kapsayan bir çalışmada tanı (%53) ve tedavi hatası (%63) ile hukuka aykırı hareketin (%80) en sık uzman doktorlarda görüldüğü (25), nöroloji branşını kapsayan başka bir araştırmada ise tanı (%14,3) ve takip (%35,7) hatası ile görevi ihmalin (%92) en sık uzman doktorlar tarafından gerçekleştirildiği belirlenmiştir (2). Kusurlu bulunan hekimlerin büyük bir kısmının uzman doktor olması, Türkiye'deki hastanelerde çalışan psikiyatristlerin çoğunluğunun uzman doktor kadrosunda çalışıyor olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmanın yürütüldüğü Acıbadem Maslak Hastanesi üst kurum olarak çalıştığından, sadece tek bir üst kuruma yönlendirilen dosyaların incelenmesi araştırmanın önemli bir kısıtlılığıdır. Ayrıca araştırma verilerinin, düzenlenen raporlar üzerinden geriye dönük olarak incelenmesi ve malpraktis iddiasında bulunan kişilerle yüz yüze

görüşülememiş olması çalışmanın bir diğer kısıtlılığıdır.

SONUÇ

Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik tıbbi uygulama hatası iddialarında son zamanlarda belirgin bir artış görülmektedir. Araştırmamız Türkiye’de psikiyatri branşına yönelik tıbbi uygulama iddiası ile ilgili yapılan ilk araştırmadır. İddiaların büyük kısmı hastane sayıları ile doğru orantılı olarak en fazla sayıda devlet hastanelerine yönelik olmuştur. Kusur iddia edilen hekimler içinde uzman hekimler ilk sırada bulunmuştur. Uzman hekim kadro sayısının diğer kadrolara göre fazla olması, uzman hekimlerin artan iş yükü ve sorumlulukları, hastalara ayrılan zamanın azalması hekim-hasta arasındaki güveni zedeleyebilmekte bu da tıbbi uygulama hatalarına ya da olası iddialara zemin hazırlamaktadır. Çalışmamızda hekim hatası olduğu saptanan olguların en önemli kusur nedeni tanı ve rapor uyumsuzluğudur. Hekimlerin tıbbi uygulama hatası iddialarıyla karşılaşma ihtimalini azaltmanın yolu, ilgili hekimlerin mesleki bilgi ve becerilerini arttırmaları olarak düşünülse de, asıl azalmanın, hasta ve yakınları ile olan ilişkinin kalitesinin arttırılması ve tıbbi kayıtların düzenli

tutulmasıyla sağlanabileceği düşünülebilir. Hekimler hastalarının sağlığını düzeltmek için büyük bir çaba ile çalışmalarının yanı sıra, suçlamalardan korunabilmek için, hukuksal açıdan görev, yetki ve sorumluluklarını da çok iyi bilmelidir. Sağlık çalışanlarının hastalarla güvene dayalı ilişki kurması, hastalardan uygun biçimde onam alması, hastaların gizliliğini koruması gerekmektedir. Hata ve zarar oluşumunu önlemek için düzenli kayıt tutmaya özen gösterilmeli ve uygulanan tıbbi girişimlerin bilimsel dayanağından emin olunmalıdır. Alanyazında, tıbbi uygulama hataları ile ilgili az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmaların arttırılması, klinisyenlerde bu konu ile ilgili farkındalık oluşturulmasına, tıbbi uygulama hatası iddialarının önlenmesine ve bu hataların en aza indirilmesine katkı sağlayacaktır. Yine tıbbi uygulama hataları ile ilgili yasanın düzenlenmesi ve uygulamaya geçirilmesi önemlidir.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr. Ender Cesur, Acıbadem Maslak Hastanesi Darüşşafaka Caddesi Sarıyer/İstanbul İstanbul - Türkiye, ender_cesur@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Bal BS. An introduction to medical malpractice in the United States. Clin Orthop Relat Res 2009; 467(2): 339–347.
2. Büyükkıncak E. 2012–2015 Yılları Arasında Adli Tıp Kurumu Birinci Adli Tıp İhtisas Kurulu Tarafından Görüş Bildirilen Nöroloji Branşı İle İlgili Tıbbi Uygulama Hatası İddiası Bulunan Olguların Değerlendirilmesi. Adli Tıp Kurumu, Uzmanlık Tezi, 2016.
3. Toraldo DM, Vergari U, Toraldo M. Medical malpractice, defensive medicine and role of the "media" in Italy. Multidiscip Respir Med 2015; 10(1): 12.
4. Özkara E, Naderi S, Gündoğmuş Ü, Arda N. 1994-1998 Yılları Arasında İncelenen Spinal Cerrahi Malpraktis Olgularının Değerlendirilmesi. Türk Nöroşirürji Derg 2004; 14: 151–157.
5. Koç S. Adli Tıbbi Açıdan Malpraktis ve Hekim Sorumluluğu. Toraks Cerrahi Bülteni 2014; 5(1): 14–22.
6. Odabaşı AB, Tümer AR. Çekinik (Defansif) Hekimlik: Yeni Türk Ceza Kanunu’nun Uygulanma Aşamasında Toplumu Bekleyen Tehlike. Sted 2006; 15(4): 55–59.
7. Frierson RL, Joshi KG. Malpractice Law and Psychiatry: An Overview. Focus (Am Psychiatr Publ) 2019; 17(4): 332–336.
8. Ahn SI, Lee W, Song DH. A Descriptive Study on the Civil Lawsuits of Medical Malpractice Occurred during Psychiatric Ward Treatment. Psychiatry Investig 2020;17(9): 865–870.
9. Üzün İ, Özdemir E, Melez İE, Melez DO, Akçakaya A. Ölümle sonuçlanan acil ve elektif genel cerrahi olgularında tıbbi uygulama hatasının değerlendirilmesi. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2016; 22(3): 1.
10. Baungaard N, Skovvang P, Assing Hvidt E, Gerbild H, Andersen MK, Lykkegaard J. How defensive medicine is defined and understood in European medical literature: protocol for a systematic review. BMJ Open 2020; 10: e034300.
11. Bilir Balıkcı M. Tıbbi Uygulama Hatası İddialarında Ölümle Sonuçlanan ve Sonuçlanmayan Olguların Karşılaştırılması. İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, 2019.
12. Pirkis J, Blood RW, Francis C, McCallum K. On-screen portrayals of mental illness: extent, nature, and impacts. J Health Commun 2006; 11: 523–541.
13. Till B, Arendt F, Niederkrotenthaler T. Effects of media portrayals of alleged malpractice in psychiatry and response strategies to mitigate reputational damage: Randomized controlled trial. J Psychiatr Res 2021; 138: 456–462.
14. Sher L. Preventing suicide. Q J Med 2004; 97: 677–680.
15. Sher L. Teaching medical professionals about suicide prevention: what’s missing? Q J Med 2011; 104: 1005–1008.
16. Sher L. Suicide medical malpractice: an educational overview. Int J Adolesc Med Health 2015; 27(2): 203–206.

17. Özkan ZA. Hekim Raporlarının Türleri ve Düzenlenmesi. *Yaşar Hukuk Dergisi* 2021; 3(1): 4-54 .
18. Gündoğmuş UN, Bilge Y, Kendi O, Hancı İH. Hekimlerin Yasal Sorumluluğunun Yüksek Sağlık Şurası Açısından Değerlendirilmesi. *Adli Tıp Bülteni* 1997; 2(3): 127-130.
19. Büken E, Ornek Büken N, Büken B. Obstetric and gynecologic malpractice in Turkey: incidence, impact, causes and prevention. *J Clin Forensic Med* 2004; 11(5): 233-247.
20. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020. <https://www2.tbmm.gov.tr/d27/7/7-22769sgc.pdf>
21. Polat O, Pakiş İ. Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011; 2(3): 119-125.
22. Çom U, Üzün İ, Gümüş B. Ölümle Sonuçlanan Kadın Hastalıkları ve Doğum Olgularında Tıbbi Uygulama Hatası İddialarının Değerlendirilmesi. *J Contemp Med* 2020; 10(4): 567-572.
23. Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics* 2008; 26(2): 149-162.
24. Zendjidian XY, Boyer L. Challenges in measuring outcomes for caregivers of people with mental health problems. *Dialogues Clin Neurosci* 2014; 16(2): 159-169.
25. Coban İ. 2007-2011 arası Adli Tıp Kurumu'nca Görüş Bildirilen Nöroloji ve Nöroşirürji Dalında Tıbbi Uygulama Hatası İddiası Olgularının Değerlendirilmesi, Adli Tıp Kurumu, Uzmanlık Tezi, 2012.

Tıp fakültesi öğrencilerinde tükenmişlik sendromu

Burnout syndrome in medical faculty students

Ayşe Zeynep Akkoyun¹, Elif Aksu², Zeynep Eker², Hilal Mutlu², Mustafa Uyar², Burak Taylan Göbekçi²

¹Dr. Öğr. Üyesi, Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Kırıkkale, Türkiye,

<https://orcid.org/0000-0001-6742-8042>

²Tıp Öğrencisi, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi (AFSÜ), Tıp Fakültesi, Afyonkarahisar, Türkiye, <https://orcid.org/0000-0002-2895-6552>, <https://orcid.org/0000-0003-3461-9365>, <https://orcid.org/0000-0003-3771-3402>, <https://orcid.org/0000-0003-0529-1743>, <https://orcid.org/0000-0001-8152-1956>

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde tükenmişlik düzeyini ve tükenmişliğin ilişkili olduğu faktörleri ortaya koyabilmek amaçlanmıştır. **Yöntem:** Veriler; sosyodemografik veri formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği aracılığıyla toplanmıştır. Tıp öğrencilerinin tükenmişlik düzeyi önce kişisel ve demografik değişkenler çerçevesinde incelenmiştir. Daha sonra örneklem prelinik (1, 2 ve 3. sınıflar) ve klinik (4, 5 ve 6. sınıflar) olarak iki gruba ayrılıp, gruplar arasında ve tüm örneklemde tükenmişliğin depresyon, anksiyete ve umutsuzluk düzeyleriyle ilişkisi araştırılmıştır. **Bulgular:** Yapılan analiz sonuçları; cinsiyet, yaş, sınıf, memlekete gitme sıklığı, fakülteyi tercih etme şekli, kimle yaşadığı ve günlük ortalama uyku miktarı değişkenlerine göre tükenmişlik açısından anlamlı farklılıklar olduğunu göstermiştir. Ayrıca tükenmişliğin alt boyutlarıyla depresyon, anksiyete ve umutsuzluk düzeyleri arasında da anlamlı ilişkiler saptanmış, bu parametrelerden depresif belirtilerin tükenmişlikle daha yüksek düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür. Bununla birlikte prelinik ile klinik grup arasında tükenmişliğin hiçbir alanında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. **Sonuç:** Tıp öğrencilerinin tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğunu saptayan bu çalışmanın; hekim adaylarını tükenmişliğe sürükleyen faktörlerin ortaya konmasına katkıda bulunduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tükenmişlik Sendromu, Tıp Fakültesi, Depresyon, Anksiyete, Umutsuzluk.

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2022;25:404-415)

DOI: 10.5505/kpd.2022.47587

SUMMARY

Objective: In this study, it was aimed to show the level of burnout and the factors related to burnout in Afyonkarahisar Health Sciences University School of Medicine students. **Method:** Data; sociodemographic data form was collected through Maslach Burnout Inventory, Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory and Beck Hopelessness Inventory. The burnout level of medical students was first examined within the framework of personal and demographic variables. Afterwards, the sample was divided into two groups as preclinical (grades 1, 2 and 3) and clinical (grades 4, 5 and 6). The relationship between burnout and depression, anxiety and hopelessness levels was investigated between the groups and in the whole sample. **Results:** The results of the analysis showed us the following: There are significant differences in terms of burnout according to the variables of gender, age, class, frequency of going to the hometown, choosing the faculty, living with whom and the average daily amount of sleep. In addition, significant relationships were found between the sub-dimensions of burnout and the levels of depression, anxiety and hopelessness. Among these parameters, depressive symptoms were found to be associated with burnout at a higher level. In addition, no significant difference was found in any area of burnout between the preclinical and clinical groups. **Conclusion:** Our study determined that the burnout levels of medical students are high. It is thought that this study contributed to revealing the factors that lead doctor candidates to burnout.

Key Words: Burnout Syndrome, Faculty of Medicine, Depression, Anxiety, Hopelessness.

GİRİŞ

Tıp fakültesinden mezun olacak öğrencilerin eğitimleri boyunca edindikleri mesleki becerileri optimum düzeyde kullanabilmeleri için ruhsal açıdan sağlıklı olmaları şarttır. Literatürde; hekim adaylarının öğrencilik yıllarından itibaren yoğun bir strese maruz kaldığı vurgulanmaktadır (1). Tıp öğrencilerinin stres düzeyini etkileyen nedenler dönemden döneme ve kişiden kişiye değişebilmekle birlikte bunlardan bazıları; akademik performans kaygısı, yetersiz eğitim olanakları, destekleyici ortamın eksikliği, tıp eğitiminin önemli bir parçası olan olgu izlemi için başvuran olgu sayısının azlığı, hasta ve yakınlarıyla iletişim kurmada zorluklardır (2-4). Ayrıca öğrenciler eğitimleri boyunca atandıkları yerde hekimliği icra etmek üzere mesleki bir kimlik oluşturma gayreti sarf etmekte, arzuladıkları alanda uzmanlaşabilmenin ön koşulu olan tıpta uzmanlık sınavında başarılı olabilmek için yoğun bir çalışma temposu içine girmektedirler. Dolayısıyla mecburi hizmetle ve tıpta uzmanlık sınavıyla ilişkili kaygılar da onların stres düzeyini etkileyen faktörler arasında sıralanmaktadır (5). Bu noktada tıp öğrencilerinin, kronik stres ile yakından ilişkili olan tükenmişliğe sürüklenme ihtimalinden söz etmek mümkündür. Nitekim tıp öğrencileriyle yapılan çalışmaların derlendiği bir araştırmada tükenmişlik oranlarının % 45-71 arasında değiştiği bildirilmiştir (6).

Tükenmişlik; duygusal tükenme, işe karşı profesyonel ilginin kaybı (duyarsızlaşma) ve kendini yetersiz hissetmeyle karakterize bir sendromdur (7). Duygusal tükenme, çok fazla psikolojik talebe maruz kalmakla ilişkilendirilen duygusal kaynakların tükenmesi, enerji bitmesi ve kendini yıpranmış hissetme şeklinde tanımlanırken; duyarsızlaşma, çoğu zaman idealizm kaybının eşlik ettiği insanlara karşı aşırı mesafeli olma veya alaycı yaklaşım gibi olumsuz tutumlar sergileme anlamına gelmektedir. Kendini yetersiz hissetmeyse düşük benlik saygısıyla ilişkilendirilen üretkenlikte azalma ve mesleki anlamda etkisizlik gibi kişisel başarıdaki düşüklüğe işaret etmektedir (8, 9). Tanımlar tükenmişliğin daha çok ruhsal belirtilerine odaklansa da bu sendromda, baş ağrısı gibi fiziksel ve iletişim problemleri gibi sosyal sorunlar da görülebilmektedir (10).

Öğrencilerdeki tükenmişliğin; okul ve eğitim

sürecinin öğrenciye yüklediği görev ve sorumlulukların öğrenci tarafından hissedilen aşırı düzeydeki baskı ve strese bağlı ortaya çıktığı düşünülmektedir (11). Dolayısıyla tükenmişlik sendromu öğrenciler özelinde ele alındığında tükenmişliğin olumsuz sonuçlarına okul ve eğitim süreciyle ilişkili sorunların ekleneceğini söylemek yanlış olmayacaktır. Nitekim literatür öğrencilerdeki tükenmişliğin eğitime devam etmekle ilgili motivasyon kaybı, derslere karşı ilginin azalması, sene kaybı ve eğitim hayatını sonlandırmaya varabilen devamsızlık sorunları gibi olumsuz pek çok sonucu beraberinde getirebildiğine dikkat çekmiştir (12). Öğrencilerde tükenmişliği konu edinen başka bir çalışmada aileden kaynaklı tükenmişlik düzeyleri yükseldikçe öğrencilerin öznel iyi oluş düzeylerinin düştüğü bildirilmiştir (13). Öğrencilerdeki tükenmişliğin sadece bu sonuçları bile; toplumun geleceği olan gençlerin o anki bireysel işlevselliklerine ket vurmakla kalmayıp, ileriki yaşamlarını da ne denli etkileyebileceğini açıkça göstermektedir.

Tükenmişliğin olumsuz sonuçlarını; eğitimin zorluğu, derslerin yoğunluğu ve teorik derslerin yanında pratik derslerin de olmasından ötürü diğer fakültelere göre stresörlerin görece fazla olduğunu söyleyebileceğimiz tıp fakültesi öğrencileri üzerinden ele almak; toplum ruh sağlığını korumak adına önem arz etmektedir. Hekimlerdeki tükenmişlik sendromunu konu edinen çeşitli çalışmalar olmakla birlikte, hekimlerle benzer stresörlere sahip olmalarına rağmen tıp öğrencilerinin tükenmişliği hakkında bilinenler görece az, tıp öğrencilerindeki tükenmişlikle ilgili alınması gereken önlemler ve yapılması gereken iyileştirmelere yönelik tarama araştırmaları oldukça yetersizdir (14, 15).

Tıp öğrencilerini tükenmişliğe sürükleyen bazı faktörlerinin önlenabilir olması; öğrencilerde tükenmişlik belirtilerinin görülmesine fırsat vermemek açısından üzerinde durulması gereken bir noktadır. Günlük uyku miktarı, memleketi ziyaret etme sıklığı, yaşam şartları gibi değiştirilebilir sosyodemografik etkenler; eğitimden ve çalışma ortamlarından memnuniyet düzeyi gibi tıp eğitimiyle ilişkili geliştirilebilir etkenler ile depresyon, anksiyete ve geleceğe yönelik umutsuzluk gibi tedavi edilebilir ruhsal etkenlerin; bahsi geçen faktörlerden olduğunu söylemek mümkündür. Ancak konuyla ilgili daha kesin bilgilere ulaşabilmek için

tıp öğrencilerinde tükenmişliği ve tükenmişlikle ilişkili faktörleri araştıran çalışmalara ihtiyaç vardır.

Hekim adaylarında tükenmişlik sendromu ortaya çıkmadan önce yordayıcı faktörleri tespit etmek, bu faktörlere karşı gerekli önlemleri alabilmenin ilk adımıdır. Literatüre bu bağlamda katkı yapacağı düşünüldükçe planlandığımız çalışmamızda; Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi (AFSÜ) Tıp Fakültesi öğrencilerinde tükenmişlikle ilişkili kişisel ve demografik değişkenleri ortaya koymak amaçlanmıştır. Ayrıca çalışmada; hem tüm örneklemin hem de preklinik (1, 2 ve 3. sınıflar) ile klinik (4, 5 ve 6.sınıflar) grubun tükenmişlik düzeyinin depresyon, anksiyete ve umutsuzluk düzeyleriyle ilişkisi de incelenmiştir.

YÖNTEM

Çalışma; gerekli etik kurul izni (tarih: 03.12.2021, sayı: 2021/13) alındıktan sonra Helsinki Deklarasyonuna uygun bir biçimde gerçekleştirilmiştir. Çalışma 2021–2022 öğretim yılında AFSÜ Tıp Fakültesi'nde öğrenim gören öğrencilerle yapılmış olup, veriler 06.12.2021-06.02.2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Google Forms üzerinden çevrimiçi ölçek formu şeklinde hazırlanan, soru ve ifadelerden oluşan link, üniversitemizin öğrenci işleri birimi aracılığıyla öğrencilere gönderilmiştir. Çalışmaya bilinen nörolojik veya ruhsal hastalığı olmayan, hali hazırda psikiyatrik destek görmeyen öğrencilerin katılması istenmiş olup, gönüllüler ölçekleri çevrimiçi olarak doldurmuştur.

Veri Toplama Araçları

Kesitsel nitelikteki bu çalışmada sosyodemografik veri formu (SVF), Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) kullanılmıştır.

SVF araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup, formda öğrencilerin demografik ve kişisel bilgileriyle ilgili sorulara yer verilmiştir.

Maslach ve Jackson (7) tarafından geliştirilen MTÖ'nin Türkçe geçerliliği Ergin (16) tarafından yapılmıştır. 5'li likert tipindeki ölçek; "Duygusal Tükenme" (DT), "Duyarsızlaşma" (DY) ve "Kişisel Başarı" (KB) olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Alt ölçeklerin kesme değeri olmayıp, artan puanlar tükenmişlik düzeyinde artışı göster-

mektedir.

Beck (17) tarafından geliştirilen BDÖ'nin Türkçe geçerliliği Hisli ve arkadaşları (18) tarafından yapılmıştır. Artan puanlar depresif belirtilerin fazlalığına işaret etmektedir.

Beck ve arkadaşları (19) tarafından geliştirilen BAÖ'nin Türkçe geçerliliği Ulusoy ve arkadaşları (20) tarafından yapılmıştır. Artan puanlar anksiyete belirtilerinin fazlalığına işaret etmektedir.

Beck ve arkadaşları (21) tarafından geliştirilen BUÖ'nin Türkçe geçerliliği Seber ve arkadaşları (22) tarafından yapılmıştır. Artan puanlar yüksek umutsuzluk düzeyine işaret etmektedir.

İstatistiksel Analiz

Elde edilen veriler SPSS 22.0 programı aracılığıyla analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılıp dağılmadığı Shapiro-Wilk testi ile kontrol edilmiştir. Yapılan kontrollerde tüm verilerin normal dağıldığı görülmüş olup, verilerin analizi sırasında parametrik testlerden yararlanılmıştır. Değişkenler için tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde değerleri şeklinde belirtilmiştir. Çalışmada tanımlayıcı analizinin yanı sıra t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) de yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçlarına bakıldığında grupların homojen dağıldığı görülmüş olup, hangi gruplar arasında farklılaşma olduğu Post Hoc testlerden Tukey testi aracılığıyla saptanmış, kullanılan ölçekler arasındaki ilişkiyse Pearson korelasyon katsayısıyla incelenmiştir. Ayrıca verilerin regresyon analizine uygunluğu test edildikten sonra basit doğrusal ve çoklu regresyon analizlerinden de yararlanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Cevapları tutarsız olan 1 öğrenci çalışmadan dışlanmış, örnekleme geriye kalan 464 kişi oluşturmuştur. Öğrencilerden 169'u (%36,4) erkek, 295'i (%63,6) kadındır. Katılımcıların 87'si (%18,8) 1. sınıf, 53'ü (%11,4) 2. sınıf, 91'i (%19,6) 3. sınıf, 56'sı (%12,1) 4. sınıf, 85'i (%18,3) 5. sınıf ve 92'si (%19,8) 6. sınıf öğrencisidir. Örneklem preklinik ve klinik olarak ikiye ayrıldığında; 230 kişi (%49,6) preklinik, 234 kişi (%50,4) klinik grubu oluşturmuştur. Katılımcılardan en küçüğü 18 yaşındayken, en büyüğü 29 yaşındadır. Katılımcıların yaş ortalaması ise $21,50 \pm 2,15$ 'tir.

Tablo 1. Sosyodemografik verilere göre MTÖ'nün alt ölçek puanlarının farklılaşması

	Cinsiyet	X	±	P
DT	Erkek	15,19	9,85	0,007
	Kadın	17,44	8,37	
D	Erkek	6,08	4,64	0,091
	Kadın	6,09	4,21	
KB	Erkek	15,00	7,51	0,000
	Kadın	14,90	5,54	
DT	20 ve altı	14,08	8,14	0,099
	20 üzeri	18,13	9,15	
D	20 ve altı	4,87	3,89	0,033
	20 üzeri	6,81	4,48	
KB	20 ve altı	14,08	6,56	0,878
	20 üzeri	15,45	6,13	

DT: MTÖ'nün Duyusal Tükenme alt ölçeği, D: MTÖ'nün Duyarsızlaşma alt ölçeği, KB: MTÖ'nün Kişisel Başarı alt ölçeği, MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği, standart sapma, $\bar{x}$: ortalama puan.

Katılımcılardan 28 ve 29 yaşında birer kişi olduğu için yaşa göre analizler yapılırken yaş parametresi kategorize edilmiş, 20 yaş ve altındakilerin 173 (%37,3), 20 yaş üzerindekiilerinse 291 (%62,7) kişi olduğu görülmüştür.

Cinsiyete göre tükenmişlik puanları karşılaştırıldığında; gruplar arasında DT ve KB puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği (sırasıyla $p=0,007$; $0,001$; sırasıyla $t=-2,607$; $0,159$), DT alanında kadınların, KB alanındaysa erkeklerin daha yüksek puan aldığı saptanmıştır (Tablo 1). Ancak D alanında gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Kategorize edilmiş yaşa göre D alanında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu, 20 yaş ve altındakilerin diğerlerine göre daha düşük puan aldığı saptanmıştır ($p=0,033$, $t=-4,727$, Tablo 1). Ancak DT ve KB alanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$, Tablo 1).

Sınıfa göre tükenmişlik puanları karşılaştırıldığında; gruplar arasında tüm alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır (her alt ölçek için $p=0,000$). Günlük ortalama uyku miktarı ve kimle yaşadığına göre; gruplar arasında sadece DT alanında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir (sırasıyla $p=0,005$; $0,026$). Memlekete gitme sıklığına göre karşılaştırma yapıldığındaysa; gruplar arasında sadece D alanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,002$; Tablo 2). Ancak aylık bütçeye, sosyal etkinliklere ve sosyal ortamlara katılma sıklığına göre tükenmişlik

açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (her alt ölçek ve değişken için $p>0,05$, Tablo 2).

Bağımlı değişkenlere göre MTÖ puanları açısından farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek için ANOVA testi yapılmıştır (DT, D ve KB için sırasıyla homogeneity subset $p=0,513$; $0,448$; $0,098$). Sınıf değişkenine göre yapılan karşılaştırma sonuçlarına bakıldığında ise sınıflar arasında tükenmişlik açısından hiyerarşik bir sıralama olmadığı görülmüş, farklılıkların hangi alt ölçeklerde ve hangi sınıflar arasında olduğuna dair analiz sonuçlarının ayrıntıları Tablo 3'te belirtilmiştir.

Günlük ortalama 6 saatten fazla uyuyanların hem 4 saatten az, hem de 4-6 saat arasında uyuyanlara göre DT alanında daha düşük puan aldığı ve bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır (homogeneity subset $p=0,084$; sırasıyla $p=0,012$; $0,029$). Ancak günde 4 saatten az uyuyanlar ile 4-6 saat arası uyuyanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,005$, Tablo 3).

Arkadaşlarıyla yaşayanların hem ailesiyle hem de tek yaşayanlara göre DT alanında daha düşük puan aldığı ve bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır (homogeneity subset $p=0,054$; sırasıyla $p=0,032$; $0,026$). Ancak ailesiyle yaşayanlarla tek yaşayanlar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$; Tablo 3).

Memlekete gitme sıklığını sorgulayan soruya ailesiyle birlikte yaşamayanların doldurması istendiğinden ve tüm örneklemin %13,8'i ($n=64$) ailesiyle yaşadığını ifade ettiğinden dolayı bu soruyu 400 kişi cevaplamıştır. Bahsi geçen soruya cevap veren 25 kişi (% 6,25) haftada 1 kez, 92 kişi (%23) ayda 1-2 kez, 229 kişi (%57,25) birkaç ayda bir, 54 kişiye (% 13,5) yılda 1-2 kez memleketine gittiğini belirtmiştir. Haftada 1 kez memlekete gidenlerin, ayda 1-2 kez ve yılda 1-2 kez gidenlere göre D alanında daha yüksek puan aldığı ve bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu

Tablo 2. Sosyodemografik verilere göre MTÖ'nün alt ölçek ortalama puanları

	DT			D			KB		
	p	KO	KT	p	KO	KT	p	KO	KT
Sınıf	0,000	7,566	37,832	0,000	5,986	29,931	0,000	7,322	21,429
Aylık bütçe	0,960	2,343	4,687	0,760	0,211	0,422	0,783	0,153	0,306
Günlük uyku miktarı	0,002	4,182	12,545	0,041	1,620	4,861	0,192	1,162	2,177
Kimlerle yaşadığı	0,026	3,638	7,276	0,596	0,396	0,793	0,147	1,201	2,402
Memlekete gitme sıklığı	0,139	1,828	5,485	0,002	3,728	11,185	0,147	1,119	3,357
Sosyal ortamlara katılma sıklığı	0,409	0,965	2,895	0,726	0,336	1,007	0,125	1,197	3,590
Sosyal etkinliklere katılma sıklığı	0,255	1,334	5,337	0,827	0,375	1,151	0,154	1,678	4,173

DT: MTÖ'nün Duyusal Tükenme alt ölçeği, D: MTÖ'nün Duyarsızlaşma alt ölçeği, KB: MTÖ'nün Kişisel Başarı alt ölçeği, MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği, KO: kareler ortalaması, KT: kareler toplamı, p: anlamlılık değeri.

Tablo 3. Bağımlı değişkenlerde gruplar arası MTO'nun alt ölçek ortalamaları arasındaki farklaşması

		DT		D		KB	
		Ort.	p	Ort.	p	Ort.	p
Sınıf	1...2	-0,39	1,000	0,70	0,93	1,76	0,562
	1...3	-4,47*	0,008	-1,18	0,411	-2,98*	0,015
	1...4	-5,10*	0,008	-1,96	0,073	-2,42	0,190
	1...5	-5,12*	0,002	-0,72	0,867	-3,42*	0,004
	1...6	-6,94*	0,000	-3,23*	0,000	-0,78	0,995
	2...3	-4,07	0,074	-1,89	0,970	-4,75*	0,000
	2...4	-4,70	0,054	-2,66*	0,013	-4,19*	0,005
	2...5	-4,72*	0,024	-1,43	0,375	-5,18*	0,000
	2...6	-6,54*	0,000	-3,93*	0,000	-2,55	0,151
	3...4	-0,63	0,998	-0,77	0,889	0,56	0,994
	3...5	-0,65	0,996	0,46	0,978	-0,43	0,997
	3...6	-2,47	0,384	-2,04*	0,014	2,20	0,147
	4...5	-0,01	1,000	1,23	0,529	-0,99	0,935
	4...6	-1,84	0,810	-1,27	0,478	1,63	0,612
	5...6	-1,82	0,728	-2,50*	0,001	2,63	0,050
Günlük uyku miktarı	<4 saat...4-6 saat arası	3,95	0,174	1,92	0,178	-1,61	0,559
	<4 saat...>6saat	6,18*	0,012	2,47	0,051	-2,35	0,276
	4-6 saat...>6saat	2,23*	0,029	0,55	0,393	-0,74	0,456
Memlekete gitme sıklığı	Haftada 1 kez...Ayda 1-2 kez	3,37	0,140	2,18*	0,021	-0,21	0,998
	Haftada 1 kez...Biraz 1-2 kez	1,78	0,593	0,93	0,523	0,90	0,805
	Haftada 1 kez...Yılda 1-2 kez	2,90	0,338	2,47*	0,017	1,92	0,391
	Ayda 1-2 kez...Biraz 1-2 kez	-1,58	0,423	-1,24	0,063	1,11	0,425
	Ayda 1 kez...Yılda 1-2 kez	-0,47	0,988	0,29	0,974	2,13	0,148
Kim/lerle yaşadığı	Biraz 1-2 kez...Yılda 1-2 kez	1,11	0,817	1,53	0,059	1,02	0,662
	Ailesi...Tek	0,71	0,586	0,06	0,922	-0,40	0,662
	Ailesi...Arkadaşlarıyla	2,72*	0,032	0,45	0,460	0,82	0,354
	Tek...Arkadaşlarıyla	2,01*	0,026	0,39	0,373	1,23	0,054

DT: MTO'nun Duyusal Tükenme alt ölçeği, D: MTO'nun Duyarsızlaşma alt ölçeği, KB: MTO'nun Kişisel Başarı alt ölçeği, MTO: Maslach Tükenmişlik Ölçeği, p: anlamlılık değeri.

saptanmıştır (homogeneity subset $p=0,525$; sırasıyla $p=0,021$; $0,017$). Diğer gruplar arasındaysa anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$; Tablo 3).

Çalışma ortamından memnun olup olmama, kötü alışkanlığın olup olmaması ve düzenli spor yapıp yapmamaya göre; gruplar arasında tükenmişliğin hiç bir alanında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (her değişken için $p>0,005$).

Eğitimden memnun olmayanların diğerlerine göre D alanında daha yüksek puan aldığı ve bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,000$; $t=-5,354$; Tablo 4). Ancak eğitimden memnuniyet değişkenine göre DT ve KB alanlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,005$; Tablo 4).

Tıp fakültesini kendi isteğiyle seçmeyenlerin diğerlerine göre tükenmişliğin her boyutundan daha yüksek puanlar aldığı ve bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır (DT, D ve KB için sırasıyla $p=0,008$; $0,019$; $0,001$; yine aynı sırayla $t=-5,236$; $-2,997$; $-1,122$; Tablo 4).

Hem tüm örneklem, hem de prelinik ve klinik grubun MTO'nun alt ölçeklerinden aldığı ortalama puanlara bakıldığında; her alt ölçekten en yüksek puanı klinik grubun (sırasıyla DT, D ve KB puanları: 18,6; 6,93; 15,62), en düşük puanıysa prelinik grubun (sırasıyla DT, D ve KB puanları: 14,61; 5,23; 14,25) aldığı saptanmıştır. Ancak klinik grup ile prelinik grup arasında tükenmişliğin herhangi bir alanında istatistiksel açıdan anlamlı

farklılık saptanmamıştır (her alt ölçek için $p>0,005$).

Tüm örneklem DT puanıyla hem BDÖ, hem BAÖ hem de BUÖ puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0,000$; $0,000$; $0,000$). İlgili yazında korelasyon katsayısının $0,01-0,29$ arasında olmasının düşük; $0,30-0,70$ arasında olmasının orta; $0,71-0,99$ arasında olmasının yüksek düzeyde ilişkiye işaret ettiği vurgulanmaktadır (23). Dolayısıyla ulaşılan r değerleri bahsi geçen ilişkilerin hepsinin pozitif yönde ve orta düzeyde olduğunu göstermiştir (sırasıyla $r=0,641$; $r=0,551$; $r=0,587$). Tüm örneklem; D puanıyla hem BDÖ, hem BAÖ hem de BUÖ puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0,000$; $0,000$; $0,000$), ilişkilerin hepsinin pozitif yönde ve orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla $r=0,510$; $r=0,438$; $r=0,422$)(23). Tüm örneklem KB puanıyla hem BDÖ puanı hem de BUÖ puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0,001$; $0,000$). Her iki ilişkinin de pozitif yönde olduğu, ancak KB

Tablo 4. Sosyodemografik verileri göre MTO'nun alt ölçek ortalamaları

		DT			D			KB		
		p	Ort.	s.	p	Ort.	s.	p	Ort.	s.
Çalışma ortamından memnuniyet	Evet	0,782	15,52	8,93	0,088	5,61	4,03	0,855	15,01	6,20
	Hayır		17,64	8,95		6,53	4,62		14,87	6,44
Alınan eğitimden memnuniyet	Evet	0,094	12,60	7,62	0,000	4,87	3,74	0,549	14,21	6,19
	Hayır		19,58	8,82		7,01	4,60		15,50	6,41
Fakülte tercihi	İsteyerek	0,008	15,59	8,37	0,019	5,80	4,14	0,001	14,78	5,98
	Değil		21,02	10,21		7,34	5,05		15,62	7,61
Kont. alışkanlık	Var	0,473	17,69	9,32	0,885	6,49	4,35	0,689	15,13	6,46
	Yok		16,09	8,79		5,89	4,37		14,84	6,26
Düzenli spor yapma	Evet	0,608	14,88	9,10	0,519	5,36	4,14	0,429	15,21	7,11
	Hayır		17,06	8,92		6,28	4,41		14,87	6,11

DT: MTO'nun Duyusal Tükenme alt ölçeği, D: MTO'nun Duyarsızlaşma alt ölçeği, KB: MTO'nun Kişisel Başarı alt ölçeği, MTO: Maslach Tükenmişlik Ölçeği, s.: standart sapma, p.: anlamlılık değeri.

Tablo 5. Tükenmişlik puanları ile BDO, BAÖ ve BUÖ puanlarının karşılaştırılması

	BDO			BAÖ			BUÖ		
	Tümül	Preklinik	Klinik	Tümül	Preklinik	Klinik	Tümül	Preklinik	Klinik
D	r=0.641*	0.686*	0.633*	0.551*	0.623*	0.578*	0.587*	0.595*	0.534*
E	p=0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
D	r=0.510*	0.519*	0.522*	0.438*	0.491*	0.417*	0.422*	0.387*	0.395*
E	p=0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
K	r=0.154*	0.300*	-0.002	0.080	0.209*	-0.060	0.309*	0.400*	0.183*
B	p=0.001	0.000	0.975	0.087	0.001	0.359	0.000	0.000	0.004

BDO: Beck Depresyon Ölçeği, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği, BUÖ: Beck Umutsuzluk Ölçeği, DT: MTÖ'nün Duygusal Tükenme alt ölçeği, D: MTÖ'nün Duyarsızlaşma alt ölçeği, KB: MTÖ'nün Kişisel Başarı alt ölçeği, MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği, p: anlamlılık değeri, r: korelasyon katsayısı
* 0.001 düzeyinde anlamlı.

puanıyla BDÖ puanı arasındaki ilişkinin düşük düzeyde ($r=0,154$), KB puanıyla BUÖ puanı arasındaki ilişkinin orta düzeyde ($r=0,309$) olduğu görülmüştür (23). Ancak KB puanı ile BAÖ puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$, Tablo 5).

Tüm örneklemün tükenmişlik puanlarıyla diğer ölçeklerden alınan puanların karşılaştırılmasının yanında hem preklinik grubun hem de klinik grubun tükenmişlik puanlarıyla diğer ölçeklerden alınan puanlar karşılaştırılmış, bu iki grup içinde de ölçekler arasında bazı anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır. Ulaşılan sonuçlar ise Tablo 5'te ayrıntısıyla belirtilmiştir.

Depresyon, anksiyete ve umutsuzluk düzeylerinin tıp öğrencilerindeki tükenmişliğin önemli bir yordayıcısı olup olmadığını araştırmak için basit doğrusal regresyon analizi yapılmış, ulaşılan sonuçlar Tablo 6'da belirtilmiştir. Depresyon düzeyindeki değişikliğın DT, D ve KB alanlarındaki tükenmişliğin sırasıyla % 40,9, % 25,2 ve % 2,4'ünü açıklayabildiği saptanmıştır (sırasıyla $p=0,000$; $0,000$; $0,001$). Anksiyete düzeyindeki değişikliğın DT ve D alanlarındaki tükenmişliğin sırasıyla %30,2 ve %18,8'ini açıklayabildiği ancak bu değişikliğın KB alanındaki tükenmişlik üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür (sırasıyla $p=0,000$; $0,000$; $0,078$). Ayrıca umutsuzluk düzeyindeki değişikliğın DT, D ve KB alanlarındaki tükenmişliğin sırasıyla %34,5, %17,4 ve % 9,5'sını açıklanabildiği tespit edilmiştir (her bir değişken için $p=0,000$).

Ölçek puanlarının tükenmişlik üzerindeki etkisini araştırmak için çok değişkenli regresyon analizi yapıldığında; bağımsız değişkenlerden en az bir tanesinin tükenmişliği istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği saptanmıştır (DT için $r=0,706$; $r^2=0,498$; $F=156,968$; $p=0,000$; D için $r=0,538$;

$r^2=0,289$; $F=62,357$; $p=0,000$ ve KB için $r=0,313$; $r^2=0,098$; $F=16,634$; $p=0,000$). Hangi değişkenin tükenmişliğin hangi boyutuna ne düzeyde etkisi olduğuna dair analiz sonuçlarıysa Tablo 7'de belirtilmiştir. Yapılan regresyon eşitliğinde depresyon düzeyinin öğrencilerin DT ve D alanlarındaki tükenmişliğini istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde ve pozitif yönde açıkladığı, ancak KB alanındaki tükenmişliği istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde açıklayamadığı görülmüştür (DT, D ve KB için sırasıyla $\beta=0,300$, $p=0,000$; $\beta=0,273$, $0,000$; $\beta=-0,023$, $p=0,743$). Benzer şekilde anksiyete düzeyinin de öğrencilerin DT ve D alanlarındaki tükenmişliğini istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde ve pozitif yönde açıkladığı, ancak KB alanındaki tükenmişliği istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde açıklayamadığı tespit edilmiştir (DT, D ve KB için sırasıyla $\beta=0,219$, $p=0,000$; $\beta=0,176$, $0,001$; $\beta=-0,040$, $p=0,506$). Umutsuzluk düzeyininse tıp öğrencilerindeki tükenmişliğin her boyutunu istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde ve pozitif yönde açıkladığı saptanmıştır (DT, D ve KB için sırasıyla $\beta=0,317$, $p=0,000$; $\beta=0,181$, $0,000$; $\beta=0,339$, $p=0,000$). Ayrıca depresif belirtiler, anksiyete semptomları ve umutsuzluğunun tükenmişliğin DT, D ve KB alt boyutlarındaki toplam varyansın (sırasıyla) %49,8, %28,9 ve %9,8'ini açıkladığı sonucuna da varılmıştır.

Son olarak MTÖ'nün AFSÜ tıp fakültesi öğrencileri için iç tutarlılığı incelenmiş, alt ölçekler için Cronbach's alpha değerinin sırasıyla 0,907, 0,741, 0,807 olduğu görülmüştür.

TARTIŞMA

Tıp fakültesinden mezun olacak öğrencilerin mesleki anlamda yeterince bilgili ve donanımlı olabilmesi ruhsal durumlarıyla yakından ilişkilidir. Bu sebeple, son yıllarda tıp fakültesi öğrencilerinin ruh sağlığı ile ilgili konular akademik platformlarda daha fazla tartışılmaya başlanmıştır. Bahsi geçen konulardan birisi de tükenmişlik sendromudur.

Tıp öğrencilerinde tükenmişlik sendromuyla ilgili yapılmış çalışmalar incelendiğinde; 7'li likert tipindeki MTÖ'nün tercih edildiği ve ölçeğin alt

Tablo 6. Basit doğrusal regresyon analizi sonuçları

	BDO			BAÖ			BUÖ		
	r^2	β	p	r^2	β	p	r^2	β	p
DT	0.409	7.851	0.000	0.302	9.835	0.000	0.345	8.609	0.000
D	0.252	2.742	0.000	0.188	3.486	0.000	0.174	3.370	0.000
KB	0.024	13.433	0.001	0.007	14.218	0.078	0.095	11.974	0.000

BDO: Beck Depresyon Ölçeği, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği, BUÖ: Beck Umutsuzluk Ölçeği, DT: MTÖ'nün Duygusal Tükenme alt ölçeği, D: MTÖ'nün Duyarsızlaşma alt ölçeği, KB: MTÖ'nün Kişisel Başarı alt ölçeği, MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği, r^2 : kare (determinasyon katsayısı), β : standardize edilmiş β katsayısı.

Tablo 7. Çok değişkenli regresyon analizi sonuçları

	BDO				BAÖ				BUÖ			
	VIF	Adj. r^2	St. β	p	VIF	Adj. r^2	St. β	p	VIF	Adj. r^2	St. β	p
DT	2.428	0.494	0.300	0.000	1.840	0.294	0.219	0.000	1.579	0.284	0.317	0.000
D	2.428	0.284	0.273	0.000	1.840	0.284	0.176	0.001	1.579	0.284	0.181	0.000
KB	2.428	0.092	-0.023	0.743	1.840	0.092	-0.040	0.506	1.579	0.092	0.339	0.000

BDO: Beck Depresyon Ölçeği, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği, BUÖ: Beck Umutsuzluk Ölçeği, DT: MTÖ'nün Duygusal Tükenme alt ölçeği, D: MTÖ'nün Duyarsızlaşma alt ölçeği, KB: MTÖ'nün Kişisel Başarı alt ölçeği, MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Adj. r^2 : düzeltilmiş r^2 (açıklanan varyans), St. β : standardize β katsayısı, VIF: varyans genişlik faktörü.

boyutları için kesme değerler kullanıldığı dikkati çekmiştir. MTÖ'nün Türkçe geçerlilik çalışmasında ölçeğin 5'li likert tipi kullanıldığından ve alt boyutları için kesme değerler belirlenmediğinden dolayı çalışmamızda herhangi bir kesme değeri kullanılmamış, verilerin analizi alt ölçeklerden alınan ortalama puanlar üzerinden gerçekleştirilmiştir. Elde ettiğimiz sonuçlar; benzer yöntemler kullanılarak yapılan çalışmalarla kıyaslanarak yorumlanmıştır.

Çalışmamızın yanıt oranı % 39,3'tür. Katılımcıların dâhil edilme kriterleri nedeniyle her öğrencinin çalışmaya katılamaması ve verilerin toplandığı tarih aralığının sınav zamanına denk gelmesi göz önünde bulundurulduğunda; yanıt oranımızın iyi düzeyde olduğu söylenebilir. Nitekim 2020 yılında yapılan, örnekleme tüm tıp fakültesi olan ve 273 kişiyle tamamlanan bir çalışmada bu oran % 21,6 olarak bildirilmiştir (24). Ancak tek bir araştırma ile yapılan kıyaslama yetersiz olup, ülkemizde tıp öğrencilerinde tükenmişlik sendromuyla ilgili yapılan çalışmaların örneklem grubunun sadece belli bir sınıfı veya bazı sınıfları kapsamamasından ötürü yanıt oranımız başka çalışmalarla karşılaştırılamamıştır (5). Ülkemizde yapılan ve yalnızca son sınıf tıp öğrencilerini kapsayan iki farklı çalışmada sınıfın % 87,9'una ve % 82,5'ine ulaşıldığı belirtilmiştir (25, 26). Bu oran bizim çalışmamızda % 47,9'dur. 1, 2, 3, 4 ve 5. sınıflardaki yanıt oranlarımızı sırasıyla % 43,5, % 25,6, % 41,9, % 29,3 ve % 49,1'dir. Yine ülkemizde yapılan ve yalnızca ilk iki sınıfı kapsayan başka bir çalışmada bu oran % 96,4 olarak bildirilmiştir (27). Bizim ilk iki sınıfta öğrencilere ulaşma oranımız % 34,3'tür. Dolayısıyla her sınıfın kendi içindeki yanıt oranlarına bakıldığında; öğrenciye ulaşma düzeyimizin yalnızca belli sınıflara ulaşmayı hedeflemiş diğer çalışmalara göre daha düşük oranlarda kaldığını söylemek mümkündür.

Çalışmamızda öğrencilerin DT puanı 16,62, D puanı 6,09, KB puanı 14,94 olarak saptanmıştır. Son sınıf tıp öğrencileriyle yapılan bir çalışmada bu puanlar sırasıyla 18,3; 7,6; 13,4 olarak bildirilmiştir (25). 5 ve 6. sınıflarla yapılan bir çalışmada ise puanlar sırasıyla 19,73; 8,66; 18,39 olarak saptanmıştır (28). Bu çalışmadaki puanların çalışmamıza göre daha yüksek olması; akla ilk olarak bahsi geçen çalışmaların örnekleminin tüm sınıfları kapsamamasından kaynaklandığını getirmiştir. Bunun üzerine verilerin bu açıdan

betimsel analizi yapılmış; 6. sınıfların DT, D ve KB puanlarının sırasıyla 17,32; 5,75; 16,53 olduğu; 5 ve 6. sınıflar birlikte değerlendirildiğinde aynı puanların sırasıyla 15,94; 5,59; 14,68 olduğu görülmüştür. Ülkemizde tıp eğitimine temel bir standart getirebilmek için "Ulusal Çekirdek Eğitim Programı" oluşturulmuştur (29). Böyle programlar belirli standartları getirmesine rağmen her fakültede verilen eğitim birbirinin aynısı olamamaktadır. Örneğin; bazı tıp fakültelerinde eğitim tamamen "probleme dayalı öğrenim (PDÖ)" şeklinde ilerlerken, bizim fakültemizde olduğu gibi kimi fakültelerde tıp eğitimi müfredatında PDÖ'ye zaman zaman verilmektedir. Ayrıca bahsi geçen çalışmaların Ankara ve Antalya şehirlerindeki fakültelerde gerçekleştirildiği göz önünde bulundurulduğunda, fakültemizdeki öğrencilerin diğer fakültelerdekilere nazaran daha az tükenmesi, eğitimin uygulanma yöntemi ve müfredatın farklılığından kaynaklanabileceğini akla getirirse de fakültelerin bu açılarından karşılaştırılmasına dair bir verinin elde olmaması yorumun doğrulanmasına yetmemektedir.

Çalışmamızda kadınların DT alanında daha fazla tükendiği görülmüştür. Ulaşılan sonuç literatürdeki başka çalışmalarla uyumlu olup, bu durum kadınların erkeklerden farklı olarak işle ilgili stresörlerin yanında bazı ek stresörlere de sahip olmasına bağlanmıştır (18). Ayrıca böyle bir sonuca ulaşmamızın diğer bir nedeni; erkeklerin duygusal stresörle kadınlara göre daha iyi başa çıkabilmesi olabilir (9). Çalışmamızda erkeklerin KB alanında daha fazla tükendiği saptanmıştır. Bu sonuç literatürle uyumludur (30). Çalışmamızın kısmen uyumlu olduğu başka bir çalışmada; kadınların DT ve D alanında, erkeklerin KB alanında daha fazla tükendiği bildirilmiştir (29).

Çalışmamızda 20 yaş üzerindeki öğrencilerin diğerlerine göre D alanında daha fazla tükendiği saptanmıştır. Duyarsızlaşma kronik stresin mesleki profesyonelliği olumsuz yönde etkilemesi sonucunda ortaya çıkan bir tükenmişlik belirtisidir (32). Çalışmamıza katılan öğrencilerden preklinik grubun yaş ortalaması 19,77 iken, bu değer klinik grupta 23,20'dir. Dolayısıyla; ulaşılan sonuç, staj derslerinin başlamasıyla birlikte hekimlik mesleğinin zorluklarına daha fazla şahit olunması nedeniyle 20 yaşından büyük öğrencilerin gelecekteki meslekleriyle ilişkili stres düzeylerinin daha yoğun olmasına bağlanabilir. Literatürdeyse;

ulaştığımız sonuçtan farklı olarak, yaşın tıp öğrencilerindeki tükenmişlikle ilişkili olmadığı vurgulanmıştır (33). Dolayısıyla çalışmamızla literatür arasındaki bu çelişkinin giderilebilmesi ve ulaşılan sonuca dair yapılan yorumun doğruluğunun netleştirilebilmesi için nicel çalışmalara ihtiyaç olduğunu söylemek mümkündür.

Çalışmamızda DT alanındaki tükenmişliğin 1. sınıflarda 3, 4, 5 ve 6. sınıflara göre, 2. sınıflardaysa 5 ve 6. sınıflara göre daha az olduğu saptanmıştır. D alanındaki tükenmişliğin 1. sınıflarda 6. sınıflara göre, 2. sınıflarda 4 ve 6. sınıflara göre, 3. sınıflarda 6. sınıflara göre, 5. sınıflardaysa 6. sınıflara göre daha az olduğunu görülmüştür. Ayrıca KB alanındaki tükenmişliğin 1. sınıflarda 3 ve 5. sınıflara göre, 2. sınıflardaysa 3, 4 ve 5. sınıflara göre daha az olduğunu saptanmıştır. Bu sonuç literatürle kısmen uyumludur. İlk ve son sınıfların tükenmişliklerini karşılaştıran bir çalışmada DT alanında 6. sınıfların 1. sınıflara göre daha fazla tükendiği sonucuna varılmıştır (14). Başka bir çalışmada; 1. sınıfların diğerlerine göre daha düşük düzeyde tükenmişlik hissettiği bildirilmiştir. Bu durum; 1. sınıfların daha yüksek adalet duygusuna sahip olmasına ve teorik derslerin yoğunluğuyla karşılaşmadan önce kendilerini motive edebilmelerine bağlanmıştır (34). Tükenmişliğin; klinik stajlara başladıktan sonra görüldüğü veya arttığı yönünde görüşler (35, 36) bulunmakla birlikte, fakültenin ilk yılında bile başlayabildiği, hatta ilk yıldaki tükenmişlik prevelansının diğer yıllara göre daha fazla olduğu yönünde düşüncelere de rastlanılmaktadır (37, 38). Ayrıca akademik yılın tükenmişlik için risk faktörü olmadığını bildiren araştırma da bulunmaktadır (31). Literatürdeki bu tutarsızlık da müfredatların, ders yoğunluğunun ve staj zorluğunun her üniversitede aynı olmamasıyla ilişkilendirilebilir. Ancak bildiğimiz kadarıyla tıp fakültelerinde verilen eğitimlerin farklılığına veya zorluk düzeylerinin karşılaştırılmasına dair yapılmış bir çalışma olmadığı için değindiğimiz ihtimalin netleştirilmesi bu kesitte mümkün değildir.

Çalışmamızda prelinik grubun tükenmişlik düzeyinin klinik gruptan farklı olmadığı saptanmıştır. Bu sonuç; prelinik grubun stres oranının klinik grup kadar yüksek olduğunu ve grupların birbirinden farklı ancak birbiriyle benzer derecede tükenmişliğe sürükleyen nedenlere sahip olduğunu düşündürmüştür. Bir çalışmada; fakült-

eye ilk başladıklarında tıp öğrencileriyle diğer fakültelerin öğrencileri arasında stres düzeyi açısından fark olmadığı, ancak tıp fakültesinin özellikle 2. ve 3. sınıflarında diğer sınıflara göre stres düzeylerinin daha fazla olduğu saptanmıştır (39). Benzer durum bizim çalışmamız için de geçerli olabilir. Ancak çalışmamızın türü gereği bu olasılığı doğrulamak mümkün değildir. Prelinik ve klinik grubun tükenmişliğini karşılaştıran başka bir çalışmadaysa çalışmamızdan farklı olarak prelinik grubun klinik gruba göre tükenmişlik prevelansının daha düşük olduğu saptanmıştır (40). Yine tıp fakültesi öğrencileriyle yapılan diğer bir çalışmada örneklem prelinik ve klinik olarak ayrılarak yapılmasa da öğrencilerin prelinik yıllardan klinik yıllara doğru ilerledikçe tükenmişliklerinin azaldığı ve akademik yılın tükenmişlik için risk faktörü olmadığı bildirilmiştir (31). Literatürdeki bu çelişkinin örneklem seçimi sırasındaki kriterlerin her çalışma için aynı olmamasından kaynaklandığı söylenebilse de konuyla ilgili kesin sonuçlara varabilmek için aynı kriterleri temel alan benzer çalışmalara ihtiyaç vardır.

Öğrencilerin %19'unun tıp fakültesini kendi isteğiyle tercih etmediği, bu öğrencilerin diğerlerine göre tükenmişliğin her alanında daha fazla tükendiği saptanmıştır. Çalışmamız; tıp fakültesini isteyerek seçmeyen öğrencilerin DT alanında daha fazla tükendiğini bildiren başka bir çalışmayla kısmen uyumludur (41). Dolayısıyla hekimliğe gönüllü olmak; öğrencileri tükenmişlikten koruyan bir faktör olarak düşünülebilir. Ulaştığımız sonucun; fakülte tercihinde yakınına ısrarcı olan kişilere ve tıp fakültesini kendi rızasıyla tercih etmeyecek öğrencilere, konuyla ilgili fikir verebilmesi açısından önemli olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda aldığı eğitimden memnun olmayanların diğerlerine göre D alanında daha fazla tükendiği saptanmıştır. Duyarsızlaşmanın sıklıkla idealizm kaybına bağlı ortaya çıktığı üzerinde durulmaktadır (8). Dolayısıyla bu sonuç; öğrencilerin üst düzey eğitim beklentisinin olmasına rağmen öğrenim gördüğü tıp fakültesinin bu beklentiye yeterince karşılayamamasından dolayı idealizmde kayıp yaşamalarıyla ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda spor yapma ve alkol/madde kullanma değişkenlerine göre tükenmişlik arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu durum;

düzenli spor yapan ve alkol/madde kullanan öğrenci sayısının düzenli spor yapmayan ve alkol veya madde kullanmayan öğrencilere göre daha az (sırasıyla %20,3; %33,4) olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda çalışma ortamından memnuniyet, aylık bütçe, sosyal etkinliklere ve ortamlara katılma sıklığı değişkenlerine göre gruplar arasında tükenmişlik açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu durum; tıp öğrencilerinin çalışmaya, dinlenmeye ve sosyal aktivitelere ayıracakları süreler ile çalışma ortamlarını ve aylık harcamalarını kendi yararlarına göre ayarlayabilmelerine bağlanabilir. Ancak literatürde bu nedenselliği gerektirebilecek tıp öğrencilerinin bahsi geçen ayarlamaları ne düzeyde yaptığını irdelleyen herhangi bir çalışmayla rastlanılamamıştır.

Çalışmamızda günde 6 saatten fazla uyuyanların hem 4 saatten az uyuyanlar hem de 4-6 saat arası uyuyanlara göre DT alanında daha az tükenmişliği saptanmıştır. Günlük uyku miktarının yeterli olmaması; gün içindeki maruz kalınan stresin ruhsal yapı üzerindeki olumsuz etkisini azaltacak dinlenme düzeyine ulaşamamasından dolayı, öğrencilerin kendilerine yöneltilen duygusal istekleri göğüslemelerini engelliyor olabilir. Bu noktada günlük uyku miktarının 6 saatten az olması, öğrencileri tükenmişliğe sürükleyen bir faktör olarak görülebilir. Ancak tükenmişlik düzeyi arttıkça öğrencilerin uyku miktarının azalması da olası olup, çalışmamızın türü nedeniyle ihtimallerden hangisinin geçerli olduğunu söylemek mümkün değildir.

Çalışmamızda arkadaşlarıyla yaşayan öğrencilerin hem ailesiyle hem de tek yaşayanlara göre daha az tükenmişliği saptanmıştır. Bu durum; benzer stresörlere sahip olmasından ötürü, öğrencilerin birbirlerine daha fazla empati kurabildiği ve destek olabildiği şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca arkadaş, aile ve özel bir kişi olmak üzere üç alt boyutu olan algılanan sosyal desteğin de ulaşılan sonuca katkısı olabileceği söylenebilir. Nitekim kaldığı yere göre ailesiyle evde, tek başına evde, yurttan ve arkadaşlarıyla evde yaşayan olmak üzere örneklemenin dört gruba ayrıldığı bir çalışmada; tıp öğrencilerinden arkadaşlarıyla evde yaşayanların yurttan yaşayanlara göre daha fazla arkadaş desteği algıladığı bildirilmiş, bu durum evde arkadaşlarıyla

yaşayanların daha yakın arkadaş ilişkisi kurmasına bağlanmıştır (42). Ancak çalışmamızda algılanan sosyal desteği ölçen bir ölçek kullanılmadığından değinilen nedenselliğin yapılandırılmış araştırmalarla sınanması gereklidir.

Çalışmamızda; haftada 1 kez memlekete gidenlerin, ayda 1-2 kez ve yılda 1-2 kez gidenlere göre D alanında daha fazla tükenmişliği saptanmıştır. Bu sonuç yorumlanırken memlekete gitme sıklığı sorusuna ailesiyle yaşayan öğrencilerin dâhil edilmediği hususu göz önünde bulundurulmalıdır. Sosyal destek kavramı; kişinin problemle başa çıkmasını güçlendirebilmeye yönelik sosyal bir ağın çeşitli kaynakları anlamına gelmektedir (43). Dolayısıyla ulaştığımız sonuç, ailesiyle yaşamayan tıp öğrencilerinden D alanında daha fazla tükenenlerin memlekete gitme sıklığını artırarak kendilerini motive etmeye ve bir anlamda sosyal desteklerini artırmaya çalıştıkları şeklinde yorumlanabilir. Yorum ilk bakışta kimle yaşadığına göre tükenmişliğin karşılaştırılmasına dair yapılan yorumla kısmen çelişiyor gibi gözükabilir. Bu noktada öğrencilerden sosyal ilişki kurma becerisi daha yetersiz olanların okuduğu şehirde sağlıklı arkadaşlıklar kuramamasından kaynaklı sosyal desteğin arkadaş boyutundaki yetersizliklerini aile boyutuyla kompanse etmeye çalışmasından kaynaklanabileceği düşünüldüğünde; aradaki çelişki ortadan kalkabilir. Ancak çalışmanın doğası gereği bu ilişkisellik doğrulanabilir nitelikte değildir.

Çalışmamızda hem tüm tıp fakültesi öğrencilerinde hem de klinik ve preklinik grupta anksiyete, depresyon ve umutsuzluk düzeyi arttıkça tükenmişliğin arttığı tespit edilmiştir. Ulaşılan sonuç tıp öğrencilerinin mesleğe atılmadan tükenmelerine neden olan tedavi edilebilir ruhsal yakınmalara dikkat çekmesi adına önem arz etmektedir. Literatürde tıp fakültelerinde ruh sağlığı birimleri kurulmasına ve bu birimlerde öğrencilere yönelik psikoeğitimler düzenlemek gibi ruhsal danışmanlık olanaklarının sunulmasına ihtiyaç duyulduğu vurgulanmaktadır (5, 44, 45). Bu noktada çalışmamızın sonuçlarının bahsi geçen ihtiyaca yadsınamaz bir gerekçe sunduğunu söylenebilir.

Çalışmamızda; depresif belirtilerin, hem tüm örneklem, hem preklinik grup, hem de klinik grupta tükenmişliğin DT boyutuyla diğer boyutlara göre daha yüksek düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır.

Ulaşılan sonuç literatürle uyumludur (46, 47). Öyle ki tükenmişlik sendromuyla depresyon arasındaki farkı inceleyen ve her iki ruhsal sorunun birbirinden farklı durumlar olduğunu vurgulayan bir çalışmada; tükenmişliğin depresyonla ilişkili olmakla kalmayıp, depresif belirtilerin özellikle DT alanındaki tükenmişlikle ilişkili olduğu öne sürülmüştür (48).

Tükenmişlik sendromuyla depresyonu birbirinden farklı ruhsal sorunlar olarak gören araştırmacılar; ikisinin de aynı anda görülebildiğine işaret etmiştir (49). Çalışmamızda öğrencilerden bilinen ruhsal hastalığı olanların ya da psikiyatrik destek alanların çalışmaya katılmaması istenmiştir. Buna rağmen BDÖ puanlarına bakıldığında bazı öğrencilerin ölçekten çok yüksek puanlar aldığı dikkati çekmektedir. Ayrıca korelasyon analizinden elde edilen BDÖ puanları arttıkça MTÖ puanlarının arttığı sonucu göz önünde bulundurulduğunda; MTÖ'den yüksek puanlar alan öğrencilerin psikiyatri polikliniğine başvurması durumunda Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı'na (DSM) göre depresyon tanısı alma ihtimalinin olabileceği söylenebilir. Ancak hem ölçeklerin tanı koydurucu özelliği olmaması hem de veriler toplanırken öğrencilerle birebir görüşme yapılmaması nedeniyle bu yorumun doğrulanması mümkün değildir.

Psikiyatri personelleriyle yapılan bir çalışmada, anksiyete düzeyinin yüksekliği özellikle duygusal tükenmişlikle ilişkili bulunmuştur (50). Bir meta analizdeyse; tıp öğrencilerindeki tükenmişlik ile depresif belirtiler arasındaki ilişkiye benzer şekilde, tükenmişlik ile anksiyete belirtileri arasında da ilişki olduğu ifade edilmiştir (51). Çalışmamızın sonuçları bu çalışmayla uyumludur. Ancak tükenmişliğin depresyon ve anksiyete belirtileriyle ne ölçüde örtüştüğü konusunda bazı tartışmalar da söz konusudur. Örneğin tıp öğrencileriyle gerçekleştirilen bir ağ analizinde; tükenmişliğin depresyon ve anksiyete semptomlarıyla olan ilişkisinin kendine özgü özellikleri olduğu bildirilmiştir (52). Bu durum; tükenmişliğin kaygı ve depresyonla örtüşüp örtüşmediğine dair fikir ayrılıklarının günümüzde bile devam etmesinin nedeni olarak yorumlanmıştır (53). Literatürdeki bu çelişkili; konunun netleşmesi için farklı araştırmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda; KB alanındaki tükenmişliğin,

anksiyete ve depresif belirtilere nazaran umutsuzlukla daha yüksek düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür. Bildiğimiz kadarıyla literatürde tıp öğrencilerinde tükenmişlik ile umutsuzluk düzeylerini karşılaştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Dolayısıyla çalışmamızın literatürdeki bu açığı kapatmaya katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda depresyon ve anksiyete belirtileri DT alanında daha yüksek bir tükenmişlik olasılığıyla ilişkili bulunmuştur. DT ve D alanlarındaki tükenmişliği ise; bu değişkenlerden en çok depresif belirtilerin açıkladığı görülmüştür. Çalışmamız bu açıdan literatürle uyumludur (54). Anksiyeteye depresif belirtilerin özellikle DT alanında tükenmişliği yordaması; tıp eğitiminin bir parçası olarak sürekli ilişki içinde olunan hasta ve yakınlarından aktarılan aşırı düzeydeki duygusal isteklerin, öğrenciler üzerindeki olumsuz etkisine bağlanabilir.

Tıp fakültesi öğrencilerini tükenmişliğe sürükleyen faktörleri araştıran bu çalışmanın Yükseköğretim Kurulu ve tıp fakültesi dekanlıklarına önemli mesajlar verdiği düşünülmektedir. Örneğin tıp fakültelerinde alınan eğitimden memnuniyeti azaltan faktörlerin tespit edilip, bu faktörlere yönelik iyileştirmenin planlanması; öğrencilerin fakültelerden gördükleri desteği artırarak tükenmişliğe sürüklenmelerini engelleyebilir. Ayrıca; ders aralarında arkadaşlarıyla vakit geçirebilecekleri mekanların inşa edilmesi; tıp öğrencilerinin akran ilişkilerini destekleyerek motivasyon kaynaklarını artırabilir ve onları tükenmişlik sendromuna karşı koruyabilir. Çalışmanın bir diğer çıktısı olan isteyerek tıp fakültesini tercih etmeyenlerin tükenmişliğin her alanında daha fazla tükendiği sonucu da ilgili kurum veya kuruluşlara topluma yönelik bilgilendirme yapılması anlamında önemli bir görev yüklemektedir. Örneğin; sosyal medya mecralarında, tercih döneminde olan öğrenci ailelerine yönelik olan, yol gösterici olmakla onları zorlamak arasında farklılık olduğunu ve öğrencinin isteyerek yapmadığı bir tercihin ne gibi sonuçlar doğurabileceğini konu edinen eğitici programlara yer verilebilir. Son olarak; tıp fakültelerinde öğrencileri tarayarak tükenmişlik açısından risk altındakileri tespit edecek, bu öğrencilere yönelik koruyucu müdahalelerde bulunacak, gerek görülen öğrencilerinse tedavi ve takibini planlayacak ruh sağlığı birimlerinin kurulması önem arz eden diğer bir konudur. Ülkemizdeki tüm tıp fakültelerinde

böyle birimlerin oluşturulması; geleceğin hekimlerinin ruh sağlığını desteklemenin ötesinde mesleğe atıldıklarında kendilerine başvuran hastaların sağlığını ve toplum ruh sağlığını korumak adına yerinde bir hamle olacaktır.

Çalışmamız, kısıtlılıkları nedeniyle dikkatlice yorumlanmalıdır. Öncelikle; kesitsel çalışmaların ortak özelliği olarak, değişkenler arasındaki nedensel ilişkilerin doğrulanamadığını vurgulamak isteriz. Covid-19 pandemisi devam ederken öğrencilerle birebir görüşmeler yapmanın riskli olacağı düşüncesiyle araştırmanın çevrimiçi yapılması da çalışmamızın kısıtlılıklarındandır. Bu durum bazı önyargılara neden olabilese de mükerrer girişlerin engellenmesi; bahsi geçen kısıtlılığının etkisini azaltacak bir faktör olarak düşünülebilir. Ayrıca örneklemin soruları yanıtlamak için müsait

olan kişilerden oluşmasından ve dâhil etme kriterlerimizden dolayı sonuçların genelleme yapmaya yetmemesi de diğer bir kısıtlılığımızdır.

SONUÇ

Tıp öğrencilerinin tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğunu saptayan bu çalışmanın; hekim adaylarını tükenmişliğe sürükleyen faktörlerin ortaya konmasına katkıda bulunduğu düşünülmektedir.

Yazışma Adresi: Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Zeynep Akkoyun , Kırıkkale Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları A.D., Kırıkkale - Türkiye, aysezeynep.akkoyun@gmail.com

KAYNAKLAR

- Aktekin M, Karaman T, Yiğiter Şenol Y, Erdem Ş, Erengin H, Akaydin M. Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey. *Medical Education*. 2001; 35:12-17.
- Roberts LW, Warner TD, Trumpower D. Caring for medical students as patients: Access to services and care-seeking practices of 1027 students at non-medical schools. Collaborative Research Group on Medical Student Healthcare. *Acad Med*. 2000; 75(3):272-277.
- Murphy RJ, Gray SA, Sterling G, Reeves K, DuCette J. A comparative study of professional student stress. *J Dent Educ*. 2009; 73:328-337.
- Dyrbye LN, Thomas MR, Harper W, Massie FS, Power DV, Eacker A, Szydlow DW, Novontny PJ, Sloan JA, Shanafelt TD. The learning environment and medical student burnout: A multicentre study. *Med Educ*. 2009; 43(3):274-282. doi: 10.1111/j.1365-2923.2008.03282.x.
- Ekmekçi İE, Özkan S, Candansayar S, İlhan MN. Tıp fakültesi öğrencilerinde stres, tükenmişlik ve depresyon. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020; 5(1):10-20.
- Ishak W, Nikraves R, Lederer S, Perry R, Ogunyemi D, Bernstein C. Burnout in medical students: a systematic review. *Clin Teach*. 2013; 10(4):242-245. doi: 10.1111/tct.12014.
- Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*. 1981; 2: 99-113.
- Jackson S, Schwab R, Schuler R. Toward an understanding of the burnout phenomenon. *The Journal of applied psychology*. 1986; 71:630-640.
- Frajerman A, Morvan Y, Krebs MO, Gorwood P, Chaumette B. Burnout in medical students before residency: A systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry*. 2019; 55:36-42. doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.08.006.
- Maslach C, Goldberg J. Prevention of burnout: New perspectives. *Applied and Preventive Psychology*. 1998; 7:63-74.
- Yang HJ, Farn CK. An investigation the factors affecting MIS student burnout in technical-vocational college. *Computers in Human Behavior*. 2005; 21:917-932.
- Aypay A, Eryılmaz A. Lise öğrencilerinde derse katılmaya motive olmaları ile okul tükenmişliği arasındaki ilişkinin incelenmesi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2011; 21:26-44.
- Aypay A, Eryılmaz A. Realitions of high school student subjective well-being and school burnout. *International Online Journal of Educational Sciences*. 2011; 3(1):181-199.
- Topak, OZ, Karan, CB, Toktaş, SN, Gündoğmuş, SZ, Özdel, O. Bir grup tıp fakültesi öğrencisinde öğrenim sürecinde tükenmişlik düzeylerinin karşılaştırılması: Tıp eğitim süreci tükenmişlik düzeylerini değiştiriyor mu? *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2015; 18 (3):90-96.
- Baykan Z, Naçar M, Çetinkaya F. Depression, anxiety, and stress among last-year students at medical student well-being in the United States. *Arch Intern Med*. 2007; 167:2103-2109.
- Ergin C. Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Uyarlanması. Editör Bayraktar R, Dağ İ. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayını, 1992, s.s. 144.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*. 1961; 4(6):561-71.
- Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*. 1989; (7):3-13.
- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988; 56:893-897.
- Ulusoy M, Şahin N, Erkman H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *J Cognitive Psychotherapy: Int Quaterly*. 1998; 12:28-35.
- Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol*. 1974; 42(6):861-865.
- Seber G, Dilbaz N, Kaptanoğlu C, Tekin D. Umutsuzluk ölçeği: Geçerliliği ve güvenilirliği. *Kriz Dergisi* 1993; 1:139-142.
- Korelasyon, Korelasyon Türleri ve Regresyon.

24. Obregon M, Luo J, Shelton J, Blevins T, MacDowell M. Assessment of burnout in medical students using the Maslach Burnout Inventory-Student Survey: A cross-sectional data analysis. *BMC Med Educ*. 2020; 20(1):376. doi: 10.1186/s12909-020-02274-3.
25. Güdük M, Erol Ş, Yağcıbulut Ö, Uğur Z, Özvarış ŞB, Aslan D. Ankara'da bir tıp fakültesinde okuyan son sınıf öğrencilerde tükenmişlik sendromu. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2005; 14(8):169-173.
26. Şenol Y, Çete Y, Gürpınar E. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem VI öğrencilerinde tükenmişlik sendromu ve etkileyen etmenler. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 2007; 25(25):10-16.
27. Naçar M, Baykan Z, Çetinkaya F. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi birinci ve ikinci sınıf öğrencilerinde tükenmişlik durumu ve eğitimin etkisi. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 2012; 35(35):9-20.
28. Arslan MA, Dönmez L. Tıp fakültesi öğrencilerinde stres düzeyi ve stresle başa çıkma becerilerinin tükenmişliğe etkisi. *Akdeniz Tıp Dergisi*. 2017; 3(3):149-157.
29. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (UÇEP). <https://tip.afsu.edu.tr/wp-content/uploads/sites/2/2020/06/mezuniyet-onesi-tip-egitimi-cekirdek-egitimi-programi.pdf>. Erişim tarihi: 16 Haziran, 2022.
30. Cecil J, McHale C, Hart J, Laidlaw A. Behaviour and burnout in medical students. *Med Educ Online*. 2014; 19:25209. doi: 10.3402/meo.v19.25209.
31. Altannir Y, Alnajjar W, Ahmad SO, Altannir M, Yousuf F, Obeidat A, Al-Tannir M. Assessment of burnout in medical undergraduate students in Riyadh, Saudi Arabia. *BMC Med Educ*. 2019; 19(1):34. doi: 10.1186/s12909-019-1468-3.
32. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*. 2002; 136:358-367.
33. Santen SA, Holt DB, Kemp JD, Hemphill RR. Burnout in medical students: examining the prevalence and associated factors. *South Med J*. 2010; 103(8):758-763. doi: 10.1097/SMJ.0b013e3181e6d6d4
34. Thun-Hohenstein L, Höbinger-Ablasser C, Geyerhofer S, Lampert K, Schreuer M, Fritz C. Burnout in medical students. *Neuropsychiatr*. 2021; 35(1):17-27. doi: 10.1007/s40211-020-00359-5.
35. Hansell MW, Ungerleider RM, Brooks CA, Knudson MP, Kirk JK, Ungerleider JD. Temporal trends in medical student burnout. *Fam Med*. 2019; 51(5):399-404. doi: 10.22454/FamMed.2019.270753.
36. Nteveros A, Kyprianou M, Artemiadis A, Charalampous A, Christoforaki K, Cheilidis S, Germanos O, Bargiotas P, Chatzittofis A, Zis P. Burnout among medical students in Cyprus: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2020; 15(11):e0241335. doi: 10.1371/.
37. Sreeramareddy CT, Shankar PR, Binu VS, Mukhopadhyay C, Ray B, Menezes RG. Psychological morbidity, sources of stress and coping strategies among undergraduate medical students of Nepal. *BMC Medical education*. 2007; 7(1):26. doi: 10.1186/1472-6920-7-26.
38. Li Y, Cao L, Mo C, Tan D, Mai T, Zhang Z. Prevalence of burnout in medical students in China: A meta-analysis of observational studies. *Medicine (Baltimore)*. 2021; 100(26):e26329.

doi: 10.1097/MD.00000000000026329.

39. Niemi PM, Vainioma'ki PT. Medical students' distress: quality, continuity and gender differences during a six-year medical programme. *Med Teach*. 2006; 28:136-141.
40. Galán F, Sanmartín A, Polo J, Giner L. Burnout risk in medical students in Spain using the Maslach burnout inventory-student survey. *Int Arch Occup Environ Health*. 2011; 84(4):453-459.
41. Eroğlu HN, Dündar M, Kişioğlu AN. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde tükenmişlik ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri. Tıp Bilimleri Dergisi*. 2020; 40(2):175-182.
42. Dartılmak T. Tıp fakültesi öğrencilerinde algılanan sosyal destek, tükenmişlik ve psikolojik sıkıntı durumlarının incelenmesi. *Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi*. 2021.
43. Cohen S. Social relationships and health. *The American Psychologist*. 2004; 59: 676-684.
44. Slavin SJ, Schindler DL, Chibnall JT. Medical student mental health 3.0: improving student wellness through curricular changes. *Acad Med*. 2014; 89(4): 573.
45. Thompson D, Goebert D, Takeshita J. A program for reducing depressive symptoms and suicidal ideation in medical students. *Acad Med*. 2010; 85:1635-1639.
46. Chiu LY, Stewart K, Woo C, Yatham LN, Lam RW. The relationship between burnout and depressive symptoms in patients with depressive disorders. *J Affect Disord*. 2015; 1(1)72:361-366. doi: 10.1016/j.jad.2014.10.029.
47. Bullock G, Kraft L, Amsden K, Gore W, Prengle B, Wimsatt, Ledbetter L, Covington K, Goode A. The prevalence and effect of burnout on graduate healthcare students. *Can Med Educ J*. 2017; 8:90-108.
48. Bakker AB, Schaufeli WB, Demerouti E, Janssen PPM, Van Der Hulst, Brouwer J. Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety, Stress & Coping*. 2000; 13:247-68. doi: 10.1080/10615800008549265.
49. Mc Knight JD, Glass DC. Perceptions of control, burnout and depressive symptomatology: A replication and extension. *J Consult Clin Psychol*. 1995; 63:490-494.
50. Jeanneau M, Armelius K. Self-image and burnout in psychiatric staff. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2000; 7:399-406.
51. Koutsimani P, Montgomery A, Georganta K. The relationship between burnout, depression, and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Front. Psychol*. 2019; 10:284. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00284.
52. Ernst J, Jordan KD, Weilenmann S, Sazpınar O, Gehrke S, Paolercio F, Petry H, Pfaltz MC, Méan M, Aebischer O, Gachoud D, Morina N, von Känel R, Spiller TR. Burnout, depression and anxiety among Swiss medical students – A network analysis. *Journal of Psychiatric Research*. 2021; 143:196-201. doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.09.017.
53. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout-depression overlap: a review. *Clin. Psychol. Rev*. 2015; 36:28-41. doi: 10.1016/j.cpr.2015.01.004.
54. Youssef FF. Medical student stress, burnout and depression in Trinidad and Tobago. *Acad Psychiatry*. 2016; 40(1):69-75. doi: 10.1007/s40596-015-0468-9.

A case report of adolescent anti-NMDAR encephalitis with depressive symptoms

Depresif belirtili bir ergen anti-NMDAR ensefaliti olgu sunumu

Onur Tuğçe Poyraz Fındık¹, Gulten Öztürk², Hakkı Akbeyaz³, Sermin Aksoy Özcan³, Olcay Ünver⁴, Dilşad Türkdoğan⁵, Nese Perdahli Fis⁶

¹M.D., Marmara University Pendik Research and Training Hospital, Child and Adolescent Psychiatry Clinics, Istanbul, Turkey, <https://orcid.org/0000-0002-2376-7592>

²Assist. Prof., ³Assist Dr. ⁴Assoc. Prof., ⁵Prof. Dr. Marmara University Medical Faculty, Department of Child Neurology, Istanbul, Turkey, <https://orcid.org/0000-0002-3800-693X>, <https://orcid.org/0000-0001-6400-2775>, <https://orcid.org/0000-0002-7509-5046>, <https://orcid.org/0000-0003-3035-7433>, <https://orcid.org/0000-0002-6607-5860>

⁶Prof. Dr., Marmara University Medical Faculty, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Istanbul, Turkey, <https://orcid.org/0000-0002-4806-0876>

SUMMARY

Clinical presentation of anti-N-methyl-D-aspartate receptor (anti-NMDAR) encephalitis includes both neurological and psychiatric symptoms, and it is diagnosed with autoantibodies against the GluN1 subunit of NMDAR. The clinical presentation has a wide range of non-specific symptoms such as rapidly progressing psychiatric symptoms, cognitive impairment, seizures, and abnormal movements. The fact that mental and behavioural symptoms play an important role in the course of this rare clinical disorder complicates the differential diagnosis with psychiatric disorders and may lead to a delay in treatment. This case report presents the diagnostic process, treatment, and follow-up of an adolescent diagnosed with anti-NMDAR encephalitis. Neurological examination of a 15-year-old adolescent girl with sudden onset of contractions in the trunk and extremities were within normal limits when her symptoms started. Sertraline was prescribed since these were considered to be associated with new-onset depressive symptoms. She was admitted to the emergency department because of her exacerbated facial dyskinesias after using sertraline for one week. During clinical follow-up of the patient, no psychotic findings were observed, but amnesia, cognitive slowing, suicide attempts, and physical aggression were psychiatric symptoms that were difficult to manage. Psychiatric symptoms improve after switching to rituximab and regressed totally, still asymptomatic in the second year of treatment. Anti-NMDAR encephalitis usually occurs in adolescence and young adulthood. Psychiatric symptoms complicate the diagnosis. Since early intervention is a positive prognostic marker, it is important to raise clinician awareness of this particular clinical picture.

Keywords: Adolescent, anti-NMDAR, encephalitis, neuropsychiatry, psychiatric disorder, mental health, rituximab

ÖZET

Anti-N-metil-D-aspartat reseptör (anti-NMDAR) ensefalitinin klinik görüntüsü hem nörolojik hem de psikiyatrik semptomları içerir ve NMDAR'ın GluN1 alt birimine karşı otoantikörlerin varlığıyla teşhis edilir. Klinik görünüm hızla ilerleyen psikiyatrik semptomlar, bilişsel bozukluklar, nöbetler, anormal hareketler gibi özgül olmayan geniş bir belirti yelpazesine sahiptir. Bu nadir klinik durumun seyrinde ruhsal ve davranışsal belirtilerin önemli rol oynaması, psikiyatrik bozukluklarla ayırıcı tanısını güçleştirmekte, tedavide gecikmelere yol açabilmektedir. Bu olgu sunumunda anti-NMDAR ensefaliti tanılı bir ergenin tanı süreci, tedavisi ve takip sonuçları paylaşılmıştır. Gövde ve ekstremitelerde ani başlayan kasılmalar ile başvuran 15 yaşındaki kız ergenin nörolojik muayenesi, semptomları başladığında normal sınırlardaydı. Bunların yeni başlayan depresif semptomlarla ilişkili olduğu düşünüldüğünden sertralin reçete edilmişti. Bir hafta sertralin kullandıktan sonra fasiyal diskinezilerin alevlenmesi nedeniyle acil servise başvurdu. Hastanın klinik takibinde psikotik bulguya rastlanmadı ancak amnezi, bilişsel yavaşlama, intihar girişimi ve fiziksel saldırganlık yönetimi zor olan psikiyatrik belirtilerdi. Rituksimaba geçildikten sonra psikiyatrik semptomlar düzeldi ve tamamen geriledi, tedavinin ikinci yılında hala asemptomatikti. Anti-NMDAR ensefaliti genellikle ergenlik ve genç erişkinlik döneminde ortaya çıkmaktadır. Psikiyatrik belirtiler tanıyı karmaşıktırmaktadır. Erken müdahale olumlu bir prognostik belirteç olduğundan, klinisyenlerin bu özel klinik tablo hakkında farkındalığını artırmak önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Ergen, anti-NMDAR, ensefalit, nöropsikiyatri, psikiyatrik bozukluk, ruh sağlığı, rituksimab

(*Turkish J Clinical Psychiatry* 2022;25:416-419)

DOI: 10.5505/kpd.2022.83436

INTRODUCTION

Anti-N-methyl-D-aspartate receptor (anti-NMDAR) encephalitis is a neuropsychiatric syndrome characterized by the presence of autoantibodies against the GluN1 subunit of NMDAR. This rare clinical disorder, first described in 2007, has significantly impacted clinical practice in neurology and psychiatry. There is a wide spectrum of symptoms that can lead to rapidly progressive cognitive impairment, mental and behavioural deterioration, abnormal movements, seizures, and in severe cases, coma (1). Anti-NMDAR encephalitis is more common in females than in males (the ratio of female to male is about 4:1). More than one-third of cases are younger than 18 years (2). Ovarian teratoma and herpes encephalitis can induce anti-NMDAR autoimmunity. Most patients present with pronounced mental or behavioural symptoms at the onset of the disorder, making it difficult to distinguish them from psychiatric disorders (1).

Data from a multicentre cohort study found that abnormal movements, seizures, irritability, and insomnia were more common in children, whereas psychosis and behavioural problems were more frequent in adults (2). Recovery from NMDAR encephalitis can take longer than 18 months. The absence of intensive care unit (ICU) admission and early treatment are considered as good prognostic markers. It has been reported that the relapse rate is 12% in the first two years, with milder symptoms than the first seizure, and relapses may occur only with psychiatric symptoms (2,3).

This case report presents a 15-year-old female adolescent with anti-NMDAR encephalitis who initially received psychiatric treatment. Our case is noteworthy because various and severe psychiatric symptoms such as suicide attempts and physical aggression improved after the administration of anti-NMDAR encephalitis-specific treatment. Although the differential diagnosis of anti-NMDAR encephalitis and psychiatric disorders is quite complex, it is important as a positive prognostic marker because of the specificity of treatment and early intervention. Therefore, the aim of this case report is to present information that should be considered in the differential diagnosis and to raise

clinicians' awareness of this rare disorder.

CASE HISTORY

A 15-year-old female high school student was admitted to the pediatric emergency department complaining of aggravated facial contractions after taking sertraline (selective serotonin reuptake inhibitor-SSRI) that she had been prescribed a week ago. There was no history of mental and physical illness. The patient, who had no abnormal findings on laboratory or other systems examination, was referred to the child and adolescent psychiatry department for a differential diagnosis of conversion disorder (functional neurological symptom disorder).

Detailed history revealed that the patient had numbness in her lips for 3 months, contractions on the right side of her body for 1 month, and her mouth was shifted to the right. Neurological examination, EEG, and cranial magnetic resonance imaging (MRI) performed at the time of the onset of contractions was within the normal range. The past medical and family history was negative for epilepsy. The patient, who suffered from mood swings, episodes of excessive crying and becoming more emotional, and obsessions for 1 month, was referred to the child and adolescent psychiatry department one week ago. With a diagnosis of depression sertraline 25 mg/day was recommended. After taking sertraline, the contractions in the extremities ceased, but the contractions in the face exacerbated. During the examination, the questions could only be partially answered by the patient because of the contractions in her face. Her orientation and thought content could not be assessed because she had difficulty speaking and could not fully answer the questions. There was no delay in her developmental stages, and she had a moderate academic performance. During the psychiatric interview, it was observed that her symptoms were becoming more severe and without any diminution. Since conversion disorder was not considered in the first place, consultation with a pediatric neurologist was recommended.

On neurological examination, the patient hand synkinesis around the mouth and cortical diffusion

restrictions, which were thought to be due to seizures on cranial MRI. EEG showed paroxysmal delta activity in wakefulness and epileptogenic potentials in anterior regions during sleep. The patient was treated with phenytoin and levetiracetam for the seizures. With a preliminary diagnosis of autoimmune encephalitis, the patient underwent lumbar puncture and an autoimmune encephalitis panel of blood and cerebrospinal fluid (CSF), a paraneoplastic panel (chest-abdominal-pelvis MRI, tumor markers), and inflammatory markers of CSF/blood were examined (anti-MOG, oligoclonal bands, IgG index). The patient was started on methylprednisolone pulse therapy of 1 g/day. Intravenous immunoglobulin (IVIg) 2 g/kg was administered for two days. After the anti-NMDAR antibody level in the patient's CSF was positive, the patient was diagnosed with anti-NMDAR encephalitis. The patient's seizures stopped on the second day of treatment with methylprednisolone and IVIg, and her EEG was normalized on the twentieth day of treatment. Since anti-NMDAR antibody positivity in CSF and serum persisted into the fourth month of treatment, monthly IVIg pulse steroid treatment for another year was planned. During this time, the patient's seizures did not recur, but psychiatric symptoms were found to play an active role in the clinical picture.

At the sixth month of treatment, the patient, whose aggressiveness, thoughts of death, and depressed mood persisted, was referred to the child and adolescent psychiatry clinic for mental status evaluation. She had trouble falling asleep. She had amnesia. There was a suicide attempt by jumping out of a window and physical violence towards others, but she was amnesic about these incidents. Past history was irrelevant for alcohol or illicit drug use, she had no traumatic experience, and she was free of psychotic symptoms. She failed at school due to difficulties in learning. The Children's Depression Inventory (CDI) score was 23 (cut-off score for depression 19). The sentence completion test included themes of suicide and running away from home. A few weeks after this mental examination, the patient developed left sided focal seizures and sleep disturbances, the EEG showed frequent epileptogenic potential in both anterior regions of the left hemisphere. The patient was accepted as relapsed, and she was treated with 5 doses of

plasmapheresis following 5 days. Subsequently, treatment with rituximab was started. The patient's symptoms, treated twice with rituximab six months apart, stabilized and the seizure did not recur.

At the end of the first year of treatment, her mood was euthymic, sleep patterns and appetite were normal. There were no amnesia, irritability, aggression, suicidal ideation, or psychotic findings. Her depressed mood improved significantly, and the last CDI score was 6, in the sentence completion test, there were common themes related to daily life in accordance with her developmental level. Her academic performance improved gradually.

The patient, who has been under follow-up for two years, continues to be treated with rituximab and she was medically stable without any psychiatric symptoms. Informed consent was received from her and her family regarding this case report.

DISCUSSION

We present a case of anti-NMDAR encephalitis in an adolescent treated with a previous diagnosis of depression whose clinical symptoms worsened after taking SSRIs, as MRI and EEG were within normal limits when symptoms appeared. Literature reports that psychotic symptoms are generally observed with anti-NMDAR encephalitis. In one case report, depressive symptoms were found without psychotic symptoms (4).

The manifestation of symptoms in anti-NMDAR encephalitis varies between children and adults. Facial dyskinesias, which occur in about 75% of adults and 95% of children, and various abnormal movements involving the extremities and trunk are common manifestations of anti-NMDAR encephalitis and valuable clues for recognizing the disease (1,2). These patients may have oral, facial, or lingual dyskinesias, chorea, athetosis, dystonia, opisthotonos, and blepharospasm (5,6). While neurological symptoms dominate the general clinical picture in children, psychiatric symptoms play a substantial role in adults. However, with the progression of symptoms, the clinical picture evolves into a similar syndrome in all age groups after a few weeks (2). The symptoms of our case, a 15-year-old

female adolescent, progressed as expected due to early age of presentation, with mood symptoms appeared later in the course. As the initial neurological assessment for sudden onset of symptoms was within the normal range, the treatment plan was targeted to treat mood changes. In this context, it is noteworthy that psychiatric symptoms play a central role in the differential diagnosis of anti-NMDAR encephalitis cases. In one study, psychiatrists were found to be involved in the diagnostic process in three-quarters of these patients (5). Lejoste et al showed that about half of the cases were initially referred to a psychiatry clinic (7). Recognition of this symptom cluster should suggest clinicians to test for antibodies against the GluN1 subunit of NMDAR (2).

Although there are no specific guidelines for managing psychiatric symptoms in patients with anti-NMDAR encephalitis, it is generally recommended to provide symptomatic treatment and to weigh the cost-benefit ratio, as unexpected side effects such as intolerance to neuroleptics may occur in these patients (7). In addition, it has been reported that new-onset psychiatric symptoms during follow-up of patients with a history of anti-NMDAR

encephalitis may signify a clue for a relapse (3).

To conclude, in this case report, we would like to emphasize the importance of carefully considering medical causes when evaluating and treating psychiatric disorders. Furthermore, we believe that multidisciplinary follow-up is the most important strategy to achieve the best clinical outcome in encephalitis cases.

Correspondence address: Uzm. Dr. Onur Tuğçe Poyraz Fındık, Muhsin Yazıcıoğlu Cad. No: 41 Pendik/İstanbul İstanbul - Türkiye onurtuuce@hotmail.com

REFERENCES

1. Dalmau J, Armangué T, Planagumà J, Radosevic M, Mannara F, Leypoldt F, Geis C, Lancaster E, Titulaer MJ, Rosenfeld MR, Graus F. An update on anti-NMDA receptor encephalitis for neurologists and psychiatrists: mechanisms and models. *Lancet Neurol.* 2019 Nov;18(11):1045-1057. doi: 10.1016/S1474-4422(19)30244-3. Epub 2019 Jul 17. PMID: 31326280.
2. Titulaer MJ, McCracken L, Gabilondo I, Armangué T, Glaser C, Iizuka T, Honig LS, Benseler SM, Kawachi I, Martinez-Hernandez E, Aguilar E, Gresa-Arribas N, Ryan-Flornance N, Torrents A, Saiz A, Rosenfeld MR, Balice-Gordon R, Graus F, Dalmau J. Treatment and prognostic factors for long-term outcome in patients with anti-NMDA receptor encephalitis: an observational cohort study. *Lancet Neurol.* 2013 Feb;12(2):157-65. doi: 10.1016/S1474-4422(12)70310-1. Epub 2013 Jan 3. PMID: 23290630; PMCID: PMC3563251.
3. Kayser MS, Titulaer MJ, Gresa-Arribas N, Dalmau J. Frequency and characteristics of isolated psychiatric episodes in anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis. *JAMA neurol.* 2013; 70 (9):1133-1139.
4. Moldavski A, Wenz H, Lange BE, Rohleder C, Leweke FM. Case Report: Severe adolescent major depressive syndrome turns out to be an unusual case of Anti-NMDA receptor encephalitis. *Front Psychiatry* 2021; 12.
5. Dalmau J, Gleichman AJ, Hughes EG, Rossi JE, Peng X, Lai M, Dessain SK, Rosenfeld MR, Balice-Gordon R, Lynch DR. Anti-NMDA-receptor encephalitis: case series and analysis of the effects of antibodies. *Lancet Neurol.* 2008 Dec;7(12):1091-8. doi: 10.1016/S1474-4422(08)70224-2. Epub 2008 Oct 11. PMID: 18851928; PMCID: PMC2607118.
6. Baizabal-Carvallo JF, Stocco A, Muscal E, Jankovic J. The spectrum of movement disorders in children with anti-NMDA receptor encephalitis. *Mov Disord* 2013; 28 (4):543-547.
7. Lejoste F, Thomas L, Picard G, Desestret V, Ducray F, Rogemond V, Psimaras D, Antoine JC, Delattre JY, Groc L, Leboyer M, Honnorat J. Neuroleptic intolerance in patients with anti-NMDAR encephalitis. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm.* 2016 Aug 29;3(5):e280. doi: 10.1212/NXI.0000000000000280. PMID: 27606355; PMCID: PMC5004531.

HSV ensefaliti sonrası Kluver Bucy Sendromunun eşlik ettiği amnestik bozukluk: Bir olgu sunumu

Amnestic disorder associated with Kluver Bucy Syndrome after HSV encephalitis: A case report

Neslihan Kara¹, Enes Sarıgedik², Ahmet Ataoğlu³

¹Uzm. Dr., Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye, <https://orcid.org/0000-0002-2901-8007>

²Dr. Ogr. Üyesi., Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Sakarya, Türkiye, <https://orcid.org/0000-0002-9294-1152>

³Prof. Dr., Düzce Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye, <https://orcid.org/0000-0002-6185-1613>

ÖZET

Ensefalit beyin parankimi enfeksiyonu olup, herpesvirüsler, enterovirüsler ve paramiksovirusler viral ensefalit nedenleri arasındadır. Herpes Simpleks Virüs en sık ensefalit nedenlerinden birisidir. Genellikle yaşlı ve bağışıklığı baskılanmış kişilerde ortaya çıkmaktadır. Herpes Simpleks Virüs akut evrede hızlı başlangıç gösterir ve ciddi seyirlidir. Sıklıkla güçsüzlük, duyu anormallikleri, afazi, görme alanı kayıpları gibi ensefalit bulgusu vermektedir. Herpes Simpleks Virüs ensefalitinde, etkilenen beyin bölgeleri, nörolojik hasar şiddeti ve bilişsel bozulmalar açısından farklılık görülmekle birlikte enflamatuvar ve nekrotik alanların tutulumuna göre davranışsal, duygusal, kişilik ve bellek bozukluklarına yol açmaktadır. Klinik belirtiler, görüntüleme yöntemleri ve Beyin Omirilik Sıvısı bulguları ile şüphe duyulması halinde asiklovir tedavisine başlanmalı, nöbet varsa kontrol altına alınmalıdır. Amnestik bozukluklar yeni bilgi öğrenmede şiddetli bozulma ile daha önce öğrenilen bilgilerin hatırlanmasında bozulma ile giden, anlık belleğin korunduğu bir sendromdur. Amnestik bozukluk nedenleri arasında Herpes Simpleks Virüs ensefaliti bulunmaktadır. Kluver Bucy Sendromu bilateral temporal lob hasarında görülen, görsel agnozi, hiperseksüalite, emosyonel davranış değişiklikleri, plasidite, hiperoralite ve hipermetamorfosis ile karakterize nadir görülen bir sendromdur. Bu vaka ile nadir görülen bir durum olan Herpes Simpleks Virüs ensefaliti sonrası gelişen Kluver Bucy Sendromunun eşlik ettiği Amnestik Bozukluk gelişen elli iki yaşında kadın cinsiyetteki olgu sunulmuştur.

Keywords: ensefalit, Amnestik Bozukluk, Kluver Bucy Sendromu

SUMMARY

Encephalitis is an infection of the brain parenchyma and herpesviruses, enteroviruses and paramyxoviruses are among the causes of viral encephalitis. Herpes Simplex Virus is one of the most common causes of encephalitis. It usually occurs in elderly and immunocompromised individuals. Herpes Simplex Virus shows rapid onset in the acute phase and has a severe course. It often giving signs of encephalitis such as weakness, sensory abnormalities, aphasia and visual field loss. Herpes Simplex Virus encephalitis causes behavioral, emotional, personality and memory disorders depending on the involvement of inflammatory and necrotic areas, although there are differences in the affected brain regions, the severity of neurological damage and cognitive impairments. In case of suspicion by clinical signs, imaging and cerebrospinal fluid findings, acyclovir treatment should be started and if seizures are present, they should be controlled. Amnestic disorders are a syndrome in which instant memory is preserved, with severe impairment in learning new information and impaired recall of previously learned information. Herpes Simplex Virus encephalitis is among the causes of amnestic disorder. Kluver Bucy Syndrome is a rare syndrome seen in bilateral temporal lobe damage and characterized by visual agnosia, hypersexuality, emotional behavior changes, placidity, hyperorality and hypermetamorphosis. In this case, a 52-year-old female patient who developed Amnestic Disorder accompanied by Kluver Bucy Syndrome after Herpes Simplex Virus encephalitis, which is a rare condition, is presented.

Anahtar Kelimeler: encephalitis, Amnestic Disorder, Kluver Bucy Syndrome

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2022;25:420-425)

DOI:10.5505/kpd.2022.59244

GİRİŞ

Ensefalit beyin parakiminin enfeksiyonu olup, herpesvirüsler, enterovirüsler ve paramiksovirusler viral ensefalit nedenleri arasındadır (1). Ensefalitin en sık sebeplerinden birisi de Herpes Simpleks Virüs (HSV)'tür. HSV ensefaliti genellikle yaşlı ve bağışıklığı baskılanmış kişilerde ortaya çıkar ve ağır seyirlidir. HSV ensefaliti tanısında BOS inceleme, kranial görüntülemeye ek olarak klinik belirtiler, serolojik testler ve EEG parametreleri önemlidir (2). HSV ensefaliti akut evrede hızlı başlangıç gösterir ve ciddi seyirlidir. Sıklıkla güçsüzlük, duyu anormallikleri, afazi, görme alanı kayıpları gibi ensefalit bulgusu verirken, nörodavranışsal belirtilerin daha az görüldüğü belirtilmektedir (3-4). Ensefalit nedenleri arasında özellikle HSV ensefalitinin psikolojik semptomlar ile daha ilişkili olduğu görülmektedir (5). HSV ensefalitinde, etkilenen beyin bölgeleri, nörolojik hasar şiddeti ve bilişsel bozulmalar açısından farklılık görülmekle birlikte enflamatuvar ve nekrotik alanların tutulumuna göre davranışsal, duygusal, kişilik ve bellek bozukluklarına yol açtığı bilinmektedir (6-8). Klinik belirtiler, görüntüleme yöntemleri ve BOS bulguları ile HSV ensefalitinden şüphe duyulduğu anda asiklovir tedavisine başlanmalıdır (1). Nöbet varsa kontrol altına alınmalıdır ve serebral ödem varlığında ise kortikosteroidler ve mannitol kullanılabilir (9). HSV ensefaliti temporal lob hasarı yapması nedeniyle amnestik bozukluk nedenleri arasındadır (10). Kluver Bucy Sendromu (KBS) bilateral temporal lob hasarında görülen, görsel agnozi, hiperseksüalite, emosyonel davranış değişiklikleri, plasidite, hiperoralite ve hipermetamorfos ile karakterize nadir görülen bir sendromdur (11). Bu vaka sunumu ile nadir görülen bir durum olan HSV ensefaliti sonrası KBS'nun eşlik ettiği amnestik bozukluk gelişen elli iki yaşında kadın cinsiyetteki olgu sunularak alana katkı verilmesi amaçlanmaktadır.

OLGU SUNUMU

52 yaşında, evli, 2 çocuğu olan kadın hasta, okuma yazması var, geçmişte bilinen psikiyatrik takip ve tedavi öyküsü yok. 2 hafta önce başlayan bilinç bulanıklığı, ateş, nöbet geçirme şikayetleri ile acil servise başvuran hastanın kranial MR

incelemesinde temporal lob tutulumu olması nedeniyle meningoensefalit ön tanısı ile enfeksiyon hastalıkları servisine yatırılıp yapılmış. Asiklovir 3x250 mg ve Meropenem 3x2 gr verilmiş. Takiplerinde tekrarlanan kranial MR görüntülemesinde lezyonlarda ilerleme olduğu görülmüş ve paraneoplastik limbik ensefalit?, glial tümör? şeklinde raporlanmış. Ayırıcı tanı açısından otoimmün markerler, tümör markerları, batın ve toraks BT istenmiş. Primer tümör lehine bulgu saptanmayan, kültürlerinde üreme olmayan, markerlarında patoloji saptanmayan hastanın takiplerinde ateşi olmaması üzerine asiklovir tedavisi 15 güne tamamlanarak kesilmiş. Tedavinin kesilmesinden 3 gün sonra 38 dereceyi bulan ateşi nedeniyle ileri merkeze sevk edilmiş. Fizik muayenesinde ensefleksiyon kısıtlılığı saptanmış. Rutin kan tetkiklerinde patoloji saptanmamış. PPD negatif olarak saptanmış. PA AC grafisinde patoloji saptanmamış. Yapılan BOS incelemesinde 41 eritrosit, 16 lökosit görülmüş, BOS protein 98, glukoz 54 (eş zamanlı Kan şekeri 102) olarak gelmiş. BOS kültüründe üreme olmamış ve BOS viral PCR paneli negatif gelmiş. EEG raporunda tüm tetkik süresince tüm hemisfer bölgelerinde yaklaşık 6-7 Hz teta frekansında yavaş dalga aktivitesi izlenmiş. Kranial MR incelemesi 'bilateral temporal bölgede insuler korteksi tutan ve frontal bölgeye uzanan ayrıca kaudat ve lentiform nükleusu da tutan, sol oksipitale uzanan azalmış T1, artmış T2 sinyali izlendi. Ayrıca alanlarda kontrast tutulumu mevcuttur. Silik difüzyon kısıtlılığı izlendi, Ön planda HSV ensefaliti ile uyumludur' şeklinde raporlanmış. HSV ensefaliti tanısı konularak 3x750 mg asiklovir tedavisi başlanmıştır. Nöroloji tarafından değerlendirilen hastaya levitirasetam 2x500 mg ve asetilsalisilik asit 1x100 mg başlanmıştır. 1 ay yatarak tedavi gören ve tedavi sonrası genel durumu iyi, vital bulguları stabil olan hasta taburcu edilmiştir. Taburculuktan yaklaşık 6 ay sonra başlayan anlamsız konuşma ve tekrarlayan nöbetleri olan hasta nöroloji servisine yatırılmış. HSV ensefaliti ve nöbet geçirme öyküsü olan hastaya asiklovir 3x750 mg ve levitirasetam 1500 mg 2x1 başlanmıştır. Asiklovir 11. günden sonra 3x800 mg'a çıkılarak 21 güne tamamlanmıştır. Yatışı sırasında anlamsız konuşma, kişilik değişiklikleri ve dezorganize davranışları nedeniyle psikiyatriye konsülte edilmiştir. Geçmişte psikiyatrik takip ve tedavi öyküsünün olmaması, şikayetlerinin tekrarlayan

nöbetlerden sonra başlaması ve kranial görünümlerde patoloji saptanması nedeniyle organik psikotik bozukluk ön tanısı ile olanzapin 5 mg başlanmış.

Taburculuk sonrası tarafımıza yakınları tarafından getirilen hastanın HSV ensefaliti sonrası başlayan ancak nöbet geçirdikten sonra artan yakınlarını tanımama, eşine abi diye hitap etme, insanların kendisi hakkında konuştuğu, kendisini istemediği düşünceleri, yemek alışkanlıklarında değişiklik, insanları uygunsuz öpme davranışları ve birkaç gündür olan uykusuzluk şikayetleri varmış. Hastanın poliklinik takibi sırasında verilen tedaviyi kullanmaması, uygunsuz davranışları ve işlevselliğinin azalmış olması nedeniyle yakın takip ve tedavi amacıyla yatışı yapılmıştır.

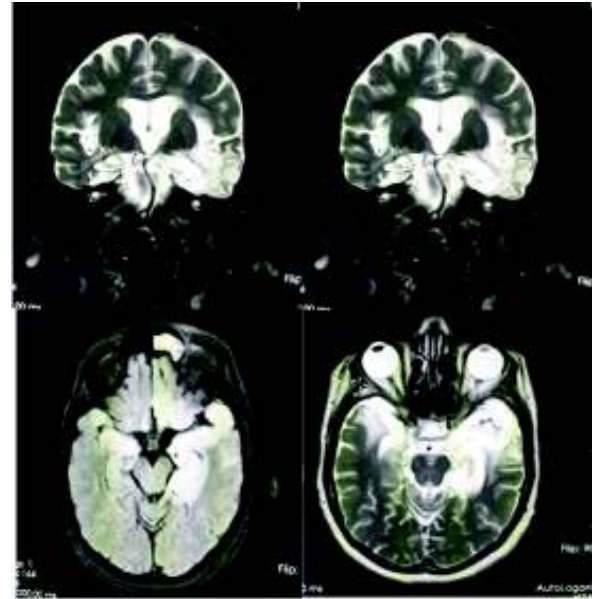
Ruhsal durum muayenesinde genel görünüm yaşıyla uyumlu ancak kontrolsüz davranışları mevcuttu. Bilinç açık, yer-zaman-kişi oryantasyonu bozuk ve kooperasyon kısıtlıydı. Duygudurum huzursuz-irritabl ve duygulanımda anlamsız gülmeler vardı ve labildi. Düşünce içeriğinde insanların kendisi hakkında kötü konuştuğu ve istenmediği şeklinde perseküsyon hezeyanları vardı, çağrışımlarda gevşeme mevcuttu. Zayıf uzun boylu esmer bir kadın görme ve kendisinin evden kovulduğuna dair sesler duyma şeklinde işitsel ve görsel halüsinasyonları vardı. Sorulan sorulara kısa yanıtlar veriyordu ve çoğu yanıttan sonra 'yıkılmadım ayakta'yım' şeklinde perseverasyonu vardı. Uyku düzensiz, iştah artmıştı. İnsanları uygunsuz öpme, fazla ve uygunsuz yeme şeklinde hiperoralitesi vardı. Dikkat-konsantrasyon azalmış, disraktibilitesi vardı. Bellek muayanesinde anlık bellek normal saptanırken, epizodik ve semantik bellekte bozulma, retrograd ve anterograd amnezisi mevcuttu. Hasta anne, baba ve kardeşlerinin isimlerini söylerken eşi ve çocuklarının ismini söyleyemedi. Aynı sorulara farklı yanıtlar verme şeklinde konfabülasyonu vardı. Nesne ve renk isimlendirmesi bozulmuştu, kişileri tanıyamama şeklinde vizüel agnozisi vardı. Soyut düşüncesi ve içgörüsü yoktu. Yargılaması bozulmuştu. Minimental test 10/30, kısa akıl muayenesi toplam puan 7, stroop testine yeterli kooperasyon sağlanamadı.

Yaklaşık yıl önce tüm işlerini kendisi yapabilen hasta HSV ensefaliti sonrası günlük işlerinde ve özbakımında eşinin yardımına ihtiyaç duyuyordu. Ara ara üşüdüğünü söyleyen hastanın vücut ısı normal düzeyde idi.

Özgeçmişinde sigara kullanımı olan hasta HSV ensefaliti sonrası kendiliğinden sigara içmemeye başlamıştı. Soygeçmişinde özellik saptanmadı. Laboratuvar bulguları; rutin biyokimya, hemogram, tiroid fonksiyon testleri, B12 ve folik asit değerleri normal sınırlarda saptandı.

Kranial MR incelemesinde; HSV ensefaliti tanısından yaklaşık 1 yıl sonra tekrarlanan kranial MR incelemesinde Bilateral frontal horn çevresinde daha belirgin olmak üzere bilateral frontal lobda, solda belirgin bilateral temporal lob anteriorunda, solda belirgin her iki insuler kortexte geçirilmiş hadiseye sekonder ensefalomalazik alanlar, jeografik sınırlı gliotik alanlar gözlenmiştir. Bilateral frontoparietal lob beyaz cevherde dağınık yerleşimli multiple fokal gliotik odaklar gözlenmiştir. Sol lateral ventikül oksipital horn komşuluğundaki periventriküler beyaz cevherde geçirilmiş hadiseye sekonder fokal kronik değişiklikler sürece eşlik etmektedir. Solda daha belirgin bilateral hipokampus volüm azalmış ve atrofik görünümündedir. Kranial MR incelemesi Şekil 1'de verilmiştir.

Şekil 1. Olgunu Kranial MRG Kesitleri



EEG incelemesinde; alfa ve beta ritimlerinden oluşmuş normal olarak değerlendirilmiştir.

Levratirasetam ve asetilsalisilik asit kullanan hastanın tedavisine aripiprazol 15 mg/gün, lorazepam 1 mg/gün eklendi. Lorazepam agresyon artışı nedeniyle yatışının ilk dönemlerinde verilmiş olup takiplerinde lüzum halindeye geçilmiştir. Yaklaşık 1 ay serviste yatarak takip edilen ve tedavi uyumu artan hasta ayaktan takibe alınmıştır.

Hastanın poliklinik takipleri sırasında yaklaşık 3 ay sonra davranış problemleri, uyku sorunları, huzursuz duygudurumu ve labil duygulanımında kısmi düzelme gözlemlendi. Hezeyanlarında gerileme oldu, persevere konuşmalarında azalma görüldü ve sorulan sorulara daha amaca uygun yanıtlar alınmaya başlandı. Ancak retrograd ve anterograd amnezisi ve konfobulasyonun devam ettiği görüldü. Hastanın yaklaşık 2 yıl poliklinik kontrollerinde aripiprazol dozu azaltılarak 5 mg'a düşülmesine rağmen psikotik belirtilerde artış gözlenmemiş ancak günlük ihtiyaçlarını tek başına yürütemediği, yakınlarını tanımadığı, özbakım ihtiyaçlarında yardıma ihtiyaç duyduğu gözlenmiştir.

TARTIŞMA

Amnestik bozukluklar yeni bilgi öğrenmede şiddetli bozulma (anterograd amnezi) ile erken anıların görece korunduğu daha önce öğrenilen bilgilerin hatırlanmasında bozulma (retrograd amnezi) ile giden, algı ve anlık belleğin korunduğu bir sendromdur. DSM-5'te diğer tıbbi durumlara bağlı nörobilişsel bozukluklar olarak tanımlanmaktadır (12). Amnestik bozuklukların nedenleri arasında tiamin eksikliği, hipoglisemi, nöbetler, serebral tümörler, özellikle talamus ve temporal lob tutulumu olan serebrovasküler hastalıklar, HSV ensefaliti ve hipoksi sayılmaktadır. Etiyolojik nedene bağlı farklı klinik tablo ortaya çıkmaktadır. Amnestik bozukluklarda diğer bilişsel işlevlerin iyi korunduğu bilinmekte ancak serebral hipoksi veya HSV ensefaliti gibi daha yaygın tutulum olan patolojilerde diğer bilişsel işlevlerde de bozulma görülmektedir. (13,14)

Beynin amneziyle ilişkili 2 ana bölgesi temporal lob

ve diensefalondur. Frontal lobların dikkat ve yürütücü işlevlere sekonder olarak bellek süreçlerini etkileyebileceği gibi özellikle sol frontal bölgenin epizodik belleğin kodlanmasında, sağ frontal bölgenin epizodik belleğin geri çağırılmasında önemli rol aldığı da bilinmektedir (15-17). Hem yakın hem uzak otobiyografik anıların geri çağırılmasında medial temporal lobların özellikle hipokampusun önemli olduğu saptanmıştır (18). Frontal lob tutulumunun eklendiği durumlarda dikkatin sürdürülmesinde güçlük olduğu, düşünce içeriğinin basitleştiği ve perseveratif konuşmalar olduğu görülmektedir (19). Hastamızda da temporal ve frontal loblarında etkilenmiş olduğu yaygın serebral tutulum mevcuttur. Anne, baba ve kardeş isimleri gibi çocukluk dönemine ait yaşantılarını doğru bildiği ve anlatabildiği ancak evlilik ve sonrasına ilişkin kişi ve olayları hatırlayamadığı konfobule cevaplarının olduğu görülmüştür. Hastanın yaklaşık 20'li yaşlarına kadar retrograd amnezisi bulunmaktadır. HSV ensefaliti sonrası dönemden başlayarak tarafımızca takipli olduğu yaklaşık 2 yıllık süreç boyunca bu dönemde yeni bilgileri öğrenemediği, personel ve hastane isimlerini hatırlayamadığı, anılarını ifade edemediği görülmüştür. HSV ensefaliti sonrası döneme ilişkin anterograd amnezisi mevcuttur. Literatürde belirtilen özellikle HSV ensefaliti sonrası gelişen amnestik bozukluklarda kişilikte belirgin bozulmalar hastamızda da sigara alışkanlığının değişmesi, insanları uygunsuz öpme ve daha konuşkan olma şeklinde görülmektedir (20). Temporal lob amnezilerinde eş zamanlı frontal patolojiyi yansıtan konfobulasyon hastamızda da mevcuttur (21).

KBS görsel agnozi, hiperseksüalite, emosyonel davranış değişiklikleri, plasidite (korku ve öfke yaratan durumlara azalmış motor ve sözel tepki), hiperoralite ve hipermetamorfoz ile karakterize nadir görülen bir sendromdur(11). Bilateral temporal lob hasarı sonrası gelişen KBS'nun en sık nedeni olarak HSV ensefaliti rapor edilmiştir (22). Literatürde HSV ensefaliti sonrası gelişen KBS olgu sunumları bulunmaktadır (23,24). Hastamızda da bilateral temporal lob hasarı gelişmiş olup, hiperoralite, vizüel agnozi ve emosyonel davranış değişiklikleri görülmesi nedeniyle KBS tanısı konulmuştur.

HSV ensefaliti geçiren hastaların retrospektif incelendiği araştırmada en sık nörolojik sekelin afazi ve amnezi olduğu görülmüştür (25). HSV ensefaliti sonrası psikotik bozukluk, deliryum tablosunun görüldüğü olgular literatürde mevcuttur (26, 27). Hastamızda da tarafımıza başvurduğu ilk dönemde amnezi belirtilerine ilaveten kendisi hakkında konuşulduğu ve zarar göreceğine ilişkin perseküsyon hezeyanları ve işitsel-görsel halüsinasyonlarının olduğu gözlenmiştir. Hastanın mevcut iştah artışı ve hiperoralitesi nedeniyle yan etki profili düşük olan aripiprazol tercih edilmiş ve psikotik belirtilerinde ve davranış bozukluklarında gerileme görülmüştür.

Hastamız HSV ensefaliti sonrası gelişen Amnestik Bozukluğa ilaveten nadir görülen bir sendrom olan KBS'nun eşlik etmesi nedeniyle sunulmaya layık görülmüş ve literatüre katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr. Neslihan Kara, Düzce Atatürk Devlet Hastanesi Düzce - Türkiye, md.nkara@outlook.com

KAYNAKLAR

1. Solomon T, Hart IJ, Beeching NJ. Viral encephalitis: a clinician's guide. *Pract Neurol*. 2007 Oct;7(5):288-305. doi: 10.1136/jnnp.2007.129098.
2. Solomon T, Michael BD, Smith PE, Sanderson F, Davies NW, Hart IJ, Holland M, Easton A, Buckley C, Kneen R, Beeching NJ; National Encephalitis Guidelines Development and Stakeholder Groups. Management of suspected viral encephalitis in adults--Association of British Neurologists and British Infection Association National Guidelines. *J Infect*. 2012;64(4):347-373. doi: 10.1016/j.jinf.2011.11.014.
3. Bradshaw MJ, Venkatesan A. Herpes Simplex Virus-1 Encephalitis in Adults: Pathophysiology, Diagnosis, and Management. *Neurotherapeutics*. 2016;13(3):493-508. doi: 10.1007/s13311-016-0433-7.
4. Sili U, Kaya A, Mert A; HSV Encephalitis Study Group. Herpes simplex virus encephalitis: clinical manifestations, diagnosis and outcome in 106 adult patients. *J Clin Virol*. 2014;60(2):112-118. doi:10.1016/j.jcv.2014.03.010.
5. Harris L, Griem J, Gummery A, Marsh L, Defres S, Bhojak M, Das K, Easton A, Solomon T, Kopelman M; ENCEPH UK study group. Neuropsychological and psychiatric outcomes in encephalitis: A multi-centre case-control study. *PLoS One*. 2020;25(15(3)):e0230436. doi: 10.1371/journal.pone.0230436.
6. Bangen KJ, Delano-Wood L, Wierenga CE, Stricker NH, Hesselink JR, Bondi MW. Dementia following herpes zoster encephalitis. *Clin Neuropsychol*. 2010;24(7):1193-1203. doi:10.1080/13854041003736778.
7. Yılmaz F, Beydilli İ. Menenjit, Ensefalit. *Derman Tıbbi Yayıncılık*. 2016.
8. Więdołcha M, Marcinowicz P, Stańczykiewicz B. Psychiatric aspects of herpes simplex encephalitis, tick-borne encephalitis and herpes zoster encephalitis among immunocompetent patients. *Adv Clin Exp Med*. 2015;24(2):361-371. doi: 10.17219/acem/40460.
9. Openshaw H, Cantin EM. Corticosteroids in herpes simplex virus encephalitis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2005;76(11):1469. doi: 10.1136/jnnp.2005.071837.
10. Stefanacci L, Buffalo EA, Schmolck H, Squire LR. Profound amnesia after damage to the medial temporal lobe: A neuroanatomical and neuropsychological profile of patient E. P. *J Neurosci*. 2000 Sep 15;20(18):7024-7036. doi: 10.1523/JNEUROSCI.20-18-07024.2000.
11. Lanska DJ. The Klüver-Bucy Syndrome. *Front Neurol Neurosci*. 2018;41:77-89. doi: 10.1159/000475721.
12. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Bası (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014.
13. David AS, Fleminger S, Kopelman MD, Lovestone S, Mellers JDC. Lishman Organik Psikiyatri Nöropsikiyatri Ders Kitabı, Yağcıoğlu AEA (Çeviri Ed.) Dördüncü Baskı, Ankara:Sözkesen matbaacılık; 32-46.
14. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. Bozkurt A (Çeviri Ed.) 11. Baskı, Güneş Tıp Kitapevleri; 2016, 694-737.
15. Shallice T, Fletcher P, Frith CD, Grasby P, Frackowiak RS, Dolan RJ. Brain regions associated with acquisition and retrieval of verbal episodic memory. *Nature*. 1994 Apr 14;368(6472):633-635. doi: 10.1038/368633a0.
16. Tulving E, Kapur S, Craik FI, Moscovitch M, Houle S. Hemispheric encoding/retrieval asymmetry in episodic memory: positron emission tomography findings. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 1994;91(6):2016-2020. doi: 10.1073/pnas.91.6.2016.
17. Fletcher PC, Frith CD, Grasby PM, Shallice T, Frackowiak RS, Dolan RJ. Brain systems for encoding and retrieval of auditory-verbal memory. An in vivo study in humans. *Brain*. 1995 Apr;118 (Pt 2):401-416. doi: 10.1093/brain/118.2.401.
18. Ryan L, Nadel L, Keil K, Putnam K, Schnyer D, Trouard T, Moscovitch M. Hippocampal complex and retrieval of recent and very remote autobiographical memories: evidence from functional magnetic resonance imaging in neurologically intact people. *Hippocampus*. 2001;11(6):707-714. doi: 10.1002/hipo.1086.

19. Metin Ö, Tufan AE, Cevher Binici N, Saraçlı Ö, Atalay A, Yolga Tahiroğlu A. Executive Functions in Frontal Lob Syndrome: A Case Report. *Türk Psikiyatri Derg.* 2017 Summer;28(2):135-138.
20. McGrath N, Anderson NE, Croxson MC, Powell KF. Herpes simplex encephalitis treated with acyclovir: diagnosis and long term outcome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1997;63(3):321-326. doi: 10.1136/jnnp.63.3.321.
21. Kopelman MD. Disorders of memory. *Brain.* 2002;125(Pt 10):2152-90. doi: 10.1093/brain/awf229.
22. Jha S, Patel R. Kluver-Bucy syndrome -- an experience with six cases. *Neurol India.* 2004;52(3):369-371.
23. Costa R, Fontes J, Mendes T, Pereira M, Gonçalves C. Kluver-Bucy Syndrome: A Rare Complication of Herpes Simplex Encephalitis. *Eur J Case Rep Intern Med.* 2021;22(7):002725. doi: 10.12890/2021_002725.
24. Mulhan K, Senadim S, Soylemez E, Tekin B, Atakli HD. Kluver-Bucy syndrome following herpes simplex encephalitis. *Türk J Neurol.* 2018;24: 165–167.
25. Riancho J, Delgado-Alvarado M, Sedano MJ, Polo JM, Berciano J. Herpes simplex encephalitis: clinical presentation, neurological sequelae and new prognostic factors. Ten years of experience. *Neurol Sci.* 2013;34(10):1879-1881. doi: 10.1007/s10072-013-1475-9.
26. Evrensel A, Hamurcu U, Özşahin A, Cömert G. Psikotik Belirtilerle Seyreden Bir Ensefalit Olgusu. *Anatolian Journal of Clinical Investigation.* 2015;9(1).
27. Oğuz N, İlnem C, Yener F. Viral Ensefalite Bağlı Deliryum: Bir Olgu Sunumu. *Düşünen Adam.* 2005;18:217-223.

Guillain-Barre like syndrome associated with risperidone use: A case report

Risperidon ile ilişkili Guillain-Barre benzeri sendrom: Bir olgu sunumu

Güneş Devrim Kıcalı¹

¹M.D., Mugla Training and Research Hospital Department of Psychiatry, Turkey, <https://orcid.org/0000-0002-1490-1702>

SUMMARY

Guillain-Barre Syndrome is an autoimmune response that usually occurs due to infectious or idiopathic causes. Rare case reports have also been shown to be caused by the intake of many substances and drugs. GBS cases results in 10% mortality and 25% respiratory failure. This case report describes the occurrence and termination of GBS-like syndrome following first time risperidone intake at a patient in the psychiatric ward. A 42-years old female patient without any prior psychiatric history admitted to psychiatric ward with paranoid and persecutory delusions, disorganized speech and behaviors related to systematic delusions aiming infidelity of her spouse. Risperidone 4 mg day prescribed for treatment for first time. In seventh day, neuromuscular symptoms started as dizziness, ataxia, muscle weakness and ascending paralysis. Neurological examination and consultation, imaging and lumbar puncture was performed, resulting GBS diagnosis. With the immediate transfer to intense care unit, Risperidone treatment stopped and hIG treatment administered. Patient Recovered without any physical impairment. Current case presents a GBS like syndrome associated with Risperidone treatment. There are several Atypical antipsychotic drug treatment related GBS like case reports but this is the first to be associated with Risperidone in adults. Infection related etiology was excluded by patient history but no specific antibody test or immunological survey was performed for GBS.

Keywords: Antipsychotics, risperidone, Guillain-barre syndrome, neuropsychiatry

(*Turkish J Clinical Psychiatry* 2022;25:426-429)

DOI:10.5505/kpd.2022.70846

ÖZET

Guillain-Barre Sendromu, genellikle enfeksiyöz veya idiyopatik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan bir otoimmün yanıttır. Nadir vaka raporlarının da birçok madde ve ilacın alımından kaynaklandığı gösterilmiştir. GBS vakaları %10 mortalite ve %25 solunum yetmezliği ile seyretmektedir. Bu olgu sunumu, psikiyatri servisinde bir hastada ilk kez risperidon alımını takiben GBS benzeri sendromun ortaya çıkışı, seyri ve sonlanımını bildirmektedir. Daha önce psikiyatrik öyküsü olmayan 42 yaşında kadın hasta, paranoid ve perseküsyon sanrıları, dezorganizasyon konuşma ve eşinin ihanet ettiğine yönelik sistematik sanrılar ve ilişkili davranışlarla psikiyatri polikliniğine başvurmuş ve yatırılı yapılmıştır. İlk tedavi için günde 4 mg risperidon düzenlenmiştir. Yedinci günde nöromusküler semptomlar baş dönmesi, ataksi, kas güçsüzlüğü ve asendan felç olarak başladı. Nörolojik muayene ve konsültasyon, görüntüleme ve lomber ponksiyon yapılarak GBS tanısı konuldu. Yoğun bakım ünitesine acil transfer ile Risperidon tedavisi durduruldu ve hIG tedavisi uygulandı. Hasta herhangi bir fiziksel bozukluk olmadan iyileşti. Mevcut vaka, Risperidon tedavisi ile ilişkili GBS benzeri bir sendrom sunmaktadır. Literatürde GBS benzeri kliniğe yol açan Atipik antipsikotik ilaç tedavisi ile ilgili olgu sunumları bulunmakta, ancak bu yetişkinlerde Risperidon ile ilişkilendirilen tek olgu olarak görünmektedir. Hasta öyküsü ile enfeksiyonla ilişkili etiyoloji dışlanmış olmakla birlikte, GBS için spesifik bir antikor testi veya immünolojik araştırma yapılamaması, sunumun kıstıllılığı olarak belirtilebilir.

Anahtar Kelimeler: Antipsikotikler, risperidon, Guillain-barre sendromu, nöropsikiyatri

INTRODUCTION

Guillain-Barre syndrome (GBS) is characterized by rapidly evolving ascending weakness, mild sensory loss, and hyporeflexia or areflexia. Acute inflammatory demyelinating polyneuropathy was the first to be recognized over a century ago and is the most common form of GBS (1). About 25% of patients develop respiratory insufficiency and many show signs of autonomic dysfunction. Diagnosis can usually be made on clinical grounds, but lumbar puncture and electrophysiological studies can help to substantiate the diagnosis. Intravenous immunoglobulin and plasma exchange are proven effective treatments (2). Acute symptoms and clinical findings are seen usually after a GI infection, but commonly, GBS is in sporadic subacute progress. GBS is also seen after several drug intakes. There are case reports of GBS following L-dopa/carbidopa intestinal intake, antineoplastic agent treatment of hairy-cell leukemia, arsenic exposure (3–5). Olanzapine, Clozapine, and Aripiprazole were also found in association with Guillain-Barre syndrome-like clinical manifestations (6–9).

An inpatient with atypical psychosis treated with risperidone, experiencing neurological symptoms, followed by diagnosis and progress of GBS will be presented in this case. This report aims to inform about the rare adverse effect of a commonly used atypical antipsychotic and reveal the complexity of a sensory-motor deficiency of a possible neurological phenomenon.

CASE HISTORY

A 42-years old female patient was admitted to the psychiatry outpatient clinic with her family. The main complaint of the patient was irritability, anger, crying regularly, and sleep disturbances. According to her family members, she felt unreasonably angry about everything and she started talking to herself meaninglessly and accused her husband of betraying her against others, and marital infidelity. It was her first admission to a psychiatrist and there was no past similar complaints before. Her medical history and family history showed no relevant illness or disorders. Mental sta-

tus examination revealed blunt affect, loss of thought pattern, and tangential speech pattern. There were well-organized paranoid-jealousy delusions, but the perception was normal. The symptoms were present almost for four weeks, and for the last ten days, the patient started to take physical measures such as locking doors, blockading rooms, and windows, following her spouse around the house, and fighting without reason.

After admission to the psychiatry ward, complete blood count, blood glucose level, lipid profile, hepatic and renal blood tests, Blood serology for HIV, HCV, and HBV, thyroid function tests, and urinal biochemistry tests were performed and all came back within normal parameters. After the first admission Interview, the diagnosis was atypical psychosis and risperidone 4mg/day p.o. (2mg twice a day) was prescribed, and the routine treatment was supplied with lorazepam 2.5mg night if needed. After two days, paranoid thought and related disorganized behaviors decreased, and speech patterns reformed. During the fifth day of admission, responsive and relatively euthymic mood re-organized, resulting in appropriate social adjustment in the ward. On the seventh day of admission, the patient complained about feeling dizzy when standing, and losing balance when fast walking around. There was no significant neurological deficit in neurological examination (NE), vital signs were within normal perimeters. CBC and blood chemistry were taken and came back normal. These symptoms were associated with alpha-adrenergic properties of risperidone and the dose decreased to 3 mg daily.

On the eighth day of admission, the patient experienced low feet when walking, and fatigue if walked for more than 30-40 steps. The lower extremities showed 4/5 muscle strength and additional paresthesia of bilateral dorsal feet was observed. During the daytime, the first dose of risperidone was skipped considering NE findings. Lorazepam hasn't been given for the last 4 days, and everyday mental status exam showed no psychosis-related symptoms for 3 days. Neurology consultation was performed to be advised about symptoms. Spinal and brain fMRI and diffusion MRI tests were planned and the neurology physician advised to repeat NE every two hours. During following NE,

muscle strength of lower extremities-Cruz and femoral groups- decreased to 3/5, and standing without help became impossible. fMRI showed no pathological findings. The patient exhibited ascending muscle strength loss within 6 hours of diagnostic course, leveling to lower abdominal muscles. The clinical course and findings were reassessed with a neurologist, and the patient was transferred to the Neurological intensive care unit (ICU).

After transfer, all antipsychotic drug prescriptions stopped, and to verify the GBS diagnosis, an LP was performed. The results of the cerebrospinal fluid sample came back showing the increased protein and immunoglobulin count (108 mg/dl), and absence of cellular materials (2 lymphocytes per area), meaning albumin-cytological dissociation, evidencing GBS. The specific antibodies couldn't be detected because of the lack of specific assay kits. During the first day of ICU, the patient experienced dyspnea and respiratory distress, resulting in external respiratory support.

After GBS diagnosis was certain, 5-day consequent human immunoglobulin was administered intravenously (0,4 gr/kg per day), resulting in fast improvement in muscle control and loss of respiratory symptoms. Three days after the fifth H-Ig dose, the patient gained back standing and walking independence and was transferred to the neurology ward, then she was observed for any more neurological symptoms without medication. With no complaints or symptoms, the patient was discharged. She was re-admitted to the outpatient clinic of psychiatry after four weeks and aripiprazole 10 mg p.o. treatment planned. There were no similar clinical neuro-psychiatric symptoms till that time for three months on follow-ups.

DISCUSSION

Guillain-Barre syndrome (GBS) is clinically defined as an acute peripheral neuropathy causing limb weakness that progresses for days or, at the most, up to 4 weeks. GBS occurs throughout the world with a median annual incidence of 1.3 cases per population of 100.000, with men being more frequently affected than women.

GBS most often develops after the upper respiratory tract or GI infections. Pathogens of *Campylobacter jejuni*, *Mycoplasma Pneumoniae*, *Hemophilus influenza* and CMV have been associated with GBS. When the case reports were examined, GBS-like syndrome was reported after the use of Aripiprazole and Olanzapine, after clozapine-associated agranulocytosis resulted in septicemia, after arsenic intoxication, and after the antineoplastic agent used during Leukemia treatment. In one case, A lower bulbar palsy patient with pathogenesis-related GM-1 and GD1b antibodies was detected after aripiprazole use.

Risperidone is a commonly used atypical antipsychotic for the indications of schizophrenia, bipolar affective disorder, autism and childhood irritability with FDA approval. It is also frequently used in dementia-related irritability, psychotic symptoms, and disorders that require anger management. While the drug shows atypical properties when used at low doses, it acts similarly to high doses of conventional antipsychotics. It can be used orally and parenterally, it is preferred due to its long-acting depot form. The most common side effects are EPS-related movement disorders, Hyperprolactinemia and galactorrhea. More rare side effects; neutropenia, agranulocytosis, thrombocytopenia, elevated idiopathic ADH, edema, dermatitis, rhabdomyolysis.

In a seven-year-old case, a case of GBS, which was diagnosed with the clinical and neurophysiological examination, was reported with loss of strength, gait difficulty, loss of balance in the upper extremities after the use of Risperidone. Similarly, complete recovery was achieved by discontinuation of drug intake and five-day human immunoglobulin treatment (10). Our case shares the same temporal intersection between drug intake, clinical manifestation, discontinuation, treatment and recovery. To our knowledge, this is the first case report presenting risperidone-related GBS in an adult patient.

One proposed mechanism for GBS is that an antecedent infection evokes an immune response, which in turn cross-reacts with peripheral nerve components because of the sharing of cross-reactive epitopes. But the main mechanism of drug-

induced GBS is not a well-known phenomenon. In the formation of GBS, the immune system produces both a cellular and humoral response. Atypical antipsychotics presented in this case and other cases may activate antibodies from infections that have previously been occult, perhaps by stimulating the immune system through an unknown mechanism. From another point of view, the immune system may be forming antibodies that cross-react with similar proteoglycans in the cell membrane. Recent studies reveal the immune-boosting effects of atypical antipsychotic drugs. In a review performed on in-vitro experiments showing immune effects of antidepressants and antipsychotics, risperidone is associated with increased proinflammatory cytokines such as IL-1 β and IL-6 levels¹¹. Also, TNF- α takes an important role in GBS pathophysiology. But to our knowledge, there is no clinically relevant proof regarding the effects of risperidone on GBS development.

Guillain barre syndrome mostly develops after gastrointestinal or upper respiratory tract infection. In this patient, the history taken from him and his family was considered safe. In the last three months, no history of infection could explain these symptoms. Infection-specific parameters such as WBC, CRP, and sedimentation were observed in the natural range in blood tests taken at admission

and during follow-up. In addition, discontinuation of the possible causative drug and rapid response to treatment also support the cause-effect relationship. But also, no previous infection or specific antibody-related GBS determination was made. Although clinical findings and LP have been performed and treatment has been administered, the most important limitation is that there is no additional examination linking drug intake and GBS clinic with an organic bond except temporal connection.

This case evaluates the possible relationship between a commonly used antipsychotic such as Risperidone and a neuromuscular disorder with GBS-like symptoms. In conclusion, It is necessary to design and carry out more detailed studies on the subject.

Correspondence address: M.D., Güneş Devrim Kıcılı , Muğla EAH Psikiyatri polikliniği, Kötekli mah. Marmaris yolu no: 48 Menteşe 48000 Muğla - Türkiye, guneskicali@gmail.com

REFERENCES

1. Dimachkie MM, Barohn RJ. Guillain-Barre syndrome and variants. *Neurologic clinics*. 2013;31(2):491-510.
2. van den Berg B, Walgaard C, Drenthen J, Fokke C, Jacobs BC, van Doorn PA. Guillain-Barre syndrome: pathogenesis, diagnosis, treatment and prognosis. *Nature reviews Neurology*. 2014;10(8):469-482.
3. Kim S, Takeuchi A, Kawasumi Y, Endo Y, Lee H, Kim Y. A Guillain-Barre syndrome-like neuropathy associated with arsenic exposure. *Journal of occupational health*. 2012;54(4):344-347
4. Sarmiento MA, Neme D, Fornari MC, Bengio RM. Guillain-Barre syndrome following 2-chlorodeoxyadenosine treatment for Hairy Cell Leukemia. *Leukemia & lymphoma*. 2000;39(5-6):657-659
5. Galazky I, Schoof J, Stallforth S, Kupsch A, Heinze H-J, Kluge C. Guillain-Barre/CIDP-like neuropathy in two parkinsonian patients following intestinal levodopa/carbidopa treatment. *Parkinsonism & related disorders*. 2014;20(1):125-127.
6. Mobascher J, Zielasek J, Schuier FJ, Mobascher A, Grohmann R, Agelink MW, Cordes J. Guillain-Barré syndrome after septicemia following clozapine-induced agranulocytosis. A case report. *Pharmacopsychiatry*. 2005 Nov;38(6):329-30. doi: 10.1055/s-2005-916191. PMID: 16342008.
7. Mobascher J, Zielasek J, Schuier FJ, et al. Guillain-Barre syndrome after septicemia following clozapine-induced agranulocytosis. A case report. *Pharmacopsychiatry*. 2005;38(6):329-330.
8. Benito-Leon J, Mitchell AJ. Guillain-Barre-like syndrome associated with olanzapine hypersensitivity reaction. *Clinical neuropharmacology*. 2005;28(3):150-151.
9. Han TH, Kim DY, Park DW, Moon J-H. Transient Isolated Lower Bulbar Palsy With Elevated Serum Anti-GM1 and Anti-GD1b Antibodies During Aripiprazole Treatment. *Pediatric neurology*. 2017;66:96-99.
10. Bektas G, Pembegul Yildiz E. Risperidone - A Probable Cause of Guillain-Barre Syndrome: A Case Report. *Journal of Neurology and Neuroscience*. 2016;7(3).
11. Baumeister D, Ciufolini S, Mondelli V. Effects of psychotropic drugs on inflammation: Consequence or mediator of therapeutic effects in psychiatric treatment? *Psychopharmacology*. 2016;233(9):1575-1589

Successful ECT treatment of a treatment resistant manic bipolar patient with intracranial mass and pulmonary embolism history: Case report

Intrakranial kitlesi ve pulmoner emboli öyküsü olan tedaviye dirençli manik bipolar hastada başarılı EKT uygulanması: Olgu sunumu

Anıl Muştucu¹, Rümeyza Ayşe Güllülü¹, Salih Saygın Eker²

¹Assist. Dr., ²Assoc. Prof., Department of Psychiatry, Bursa Uludağ University Faculty of Medicine, Bursa, Turkey, <https://orcid.org/0000-0002-2663-3661>, <https://orcid.org/0000-0001-7434-0153>, <https://orcid.org/0000-0003-4629-8669>

SUMMARY

Electroconvulsive therapy (ECT) is an effective and safe treatment method used in many psychiatric disorders. The efficacy and safety of ECT in the presence of an intracranial mass is controversial. The presence of a space-occupying mass was a contraindication to ECT until the 1980s. With the changes in ECT protocols over time and its application to more patients, positive data on the safety of ECT in intracranial masses have begun to accumulate. Available data suggest that ECT can be safely used in patients with benign, small, and otherwise clinically insignificant tumors. A history of pulmonary embolism (PE) accompanying a psychiatric disorder may cause clinicians to avoid ECT. There are some concerns regarding the use of ECT in patients with a history of PE as there is little evidence for the safety of the implementation of ECT. Although there is limited evidence regarding the safety of ECT in the presence of comorbidities, ECT can be successfully implemented where there is no response to other treatments with the necessary consultations and close follow-up, without delaying the treatment. In this article, a case who had been followed up with a bipolar affective disorder diagnosis, was hospitalized for manic episode, who had comorbidities such as intracranial tumor and PE history, who did not benefit from psychotropic treatments and who responded significantly to nine sessions of ECT without any complications is presented. The case presented here is, as far as is known, the first report where comorbidities such as intracranial tumor and pulmonary embolism history, which may cause clinicians to hesitate to implement ECT, co-exist.

Keywords: electroconvulsive therapy, ECT, bipolar, intracranial mass, tumor, pulmonary embolism

ÖZET

Elektrokonvülsif terapi (EKT), birçok psikiyatrik hastalıkta kullanılan etkin ve güvenli bir tedavi yöntemidir. İntrakranial kitle varlığında EKT'nin etkinliği ve güvenilirliği tartışmalıdır. 1980'li yıllara kadar yer kaplayan kitle varlığı, EKT için kontrendikasyon olarak kabul edilmekteydi. Zaman içinde EKT protokollerinin değişmesi ve daha çok hastaya uygulanmasıyla birlikte intrakranial kitlesi olan hastalarda EKT'nin güvenilirliği ile ilgili olumlu veriler birikmeye başlamıştır. Eldeki veriler EKT'nin benign, boyut olarak küçük ve klinik olarak önemsiz tümörleri olan hastalarda güvenle uygulanabileceğini göstermektedir. Psikiyatrik bir bozukluğa eşlik eden pulmoner emboli (PE) öyküsü klinisyenlerin EKT uygulamasından kaçınmasına sebep olabilir. PE öyküsü olan hastalarda EKT uygulamasının güvenliğine ilişkin az sayıda kanıt olması nedeniyle hastalarda EKT uygulanmasıyla ilgili bazı endişeler vardır. Komorbid durumlar birlikteliğinde EKT'nin güvenliğiyle ilgili sınırlı sayıda kanıt olmasına rağmen, diğer tedavilerden yanıt alınamadığında, gerekli konsültasyonlar ve yakın takip eşliğinde tedavide gecikmeye izin vermeden EKT başarıyla uygulanabilmektedir. Bu yazıda, bipolar affektif bozukluk tanısı ile takip edilen, manik atak nedeniyle yatarak tedavi gören, intrakranial tümör, geçirilmiş PE gibi komorbiditeleri olan, uygulanan psikotrop tedavilerden fayda görmeyen ve 9 seans EKT uygulamasından komplikasyon gelişmeden belirgin yanıt alınan bir vaka sunulmaktadır. Burada sunulan vaka bilindiği kadarıyla, klinisyenlerin EKT uygulamasında tereddüt edebildiği intrakranial tümör ve pulmoner emboli öyküsü gibi komorbiditeleri bir arada bulunduran ilk bildirimdir.

Anahtar Kelimeler: elektrokonvülsif terapi, EKT, bipolar, intrakranial kitle, tümör, pulmoner emboli

(*Turkish J Clinical Psychiatry* 2022;25:430-433)

DOI:10.5505/kpd.2022.59320

INTRODUCTION

Electroconvulsive therapy (ECT) is an effective and safe treatment method used in many psychiatric disorders. The most common adverse effects of ECT includes headache and memory loss, which improves quickly after treatment.

The efficacy and safety of ECT in the presence of an intracranial mass is controversial. The presence of a space-occupying mass was a contraindication to ECT until the 1980s. Maltbie et al. reported that more adverse effects were observed during or after ECT in patients with invasive and aggressive intracranial tumors. In the same study, morbidity with predominant neurological symptoms were reported in 74% of 35 patients with intracranial tumors who received ECT, and one-month mortality rates were reported in 28% of all patients; however, the presence of a brain tumor was detected after ECT in 34 of these cases (1). It has been reported that during seizure activity in ECT, cortical blood flow increases by approximately 300% and cerebral metabolic rate for glucose and oxygen increases by approximately 200% (2). In addition, magnetic resonance imaging (MRI) studies have shown that ECT causes temporary functional breakdown in the blood-brain barrier through increased vascular permeability (3). As a result, it is considered that ECT may cause increased edema around the mass and neurological symptoms related to increased intracranial pressure (4).

With the changes in ECT protocols over time and its application to more patients, positive data on the safety of ECT in intracranial masses have begun to accumulate. The American Psychiatric Association report (1990) concluded that although space-occupying intracranial lesions pose a risk, they are not an absolute contraindication for ECT (5). Available data suggest that ECT can be safely used in patients with benign, small, and otherwise clinically insignificant tumors. Buday et al. reviewed 33 publications involving 75 patients who underwent ECT in the presence of intracranial tumors and observed that no serious adverse effects developed except for complications such as postictal confusion in four patients, short-term delirium in one, and secondary myoclonic seizures with Todd's paralysis in one, all of which were reversible (6).

A history of pulmonary embolism (PE) accompan-

ying a psychiatric disorder may cause clinicians to avoid ECT. Cases of PE developing shortly after ECT have been implemented have also been reported, and the relationship between ECT and PE has not been clearly demonstrated (7). There are some concerns regarding the use of ECT in patients with a history of PE as there is little evidence for the safety of the implementation of ECT. ECT causes hypertension, tachycardia and low ejection fraction by causing a sympathetic surge; therefore, it may lead to possible complications in patients with PE who have impaired cardiopulmonary function (8). It has been reported that ECT is safe for patients with a recent history of PE under anticoagulant therapy (9). A case in which ECT was implemented after PE and thus the placement of the inferior vena cava filter following consultation with other departments, with no complications developing was reported (10).

In this article, a case who had been followed up with a bipolar affective disorder diagnosis, was hospitalized for manic episode, who had comorbidities such as intracranial tumor and PE history, who did not benefit from psychotropic treatments and who responded significantly to nine sessions of ECT is presented.

CASE HISTORY

A 36-year-old female patient, who was in follow-up with the diagnosis of bipolar affective disorder (BD) type 1 for 11 years and has been hospitalized many times, admitted to our emergency department with symptoms of manic episode. The patient, who has used antipsychotics, mood stabilizers and their combinations in the past at sufficient doses and for sufficient periods of time, had been receiving treatment with valproate 1500 mg/day, lithium 900 mg/day, risperidone 2 mg/day, biperiden 4 mg/day, zuclopenthixol depot 200 mg/2 weeks for the last one year and was in remission. In addition to BD, the patient had a history of epilepsy characterized by absence seizures, hypothyroidism, obesity, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), asthma, low-grade glioma in the right frontal lobe with a size of 3*2 cm, pulmonary embolism history (history of pulmonary embolism in 2015, follow-up and treatment with a preliminary diagnosis of chronic pulmonary embolism until 2017, regression in embolic findings in imaging after 2017), diabetes mellitus type 1, obstructive sleep apnea syndrome (OSAS) diagnoses but was not using any of the

treatments determined by the relevant departments dealing with these diseases.

The patient, who was evaluated by a psychiatrist in the emergency department, and whose blood tests and cranial computed tomography (CT) did not reveal any pathology except low-grade glioma, was admitted to psychiatry clinic. The result of the Young Mania Rating Scale (YMRS), which was applied to the patient on the day of hospitalization, was 40. The patient's valproate level was 2 mg/L, and lithium level was 0.1 mmol/L; TSH level of 8.51 mU/L and free T4 level of 1.02 ng/dl supported subclinical hypothyroidism. The patient was treated with zuclopenthixol acetate 50 mg intramuscularly (IM) on the day of hospitalization, then haloperidol 10 mg/day and oral lorazepam 4 mg/day for 7 days. On the 7th day, haloperidol and lorazepam were discontinued and aripiprazole long-acting IM injection was administered, and oral aripiprazole 10 mg/day was added. Thyroid replacement therapy was determined by the endocrinology department due to subclinical hypothyroidism. Due to the patient's history of epilepsy, she was consulted to the neurology department, and in her electroencephalography (EEG), focal theta activity and sharp wave activity were detected in the right posterior temporal region. The patient was put on valproate 1000 mg/day on the 13th day of her hospitalization, which was increased to 1500 mg/day on the 19th day, and it was observed that this dose reached the therapeutic blood level (98 mg/L). The EEG taken two weeks after the start of the valproate treatment was reported as normal. The patient, who was evaluated by the neurosurgery department due to a history of intracranial glioma, did not show any change in the glioma in the right frontal lobe in the contrast-enhanced cranial MRI, and continuing routine controls were recommended. The patient who had a history of pulmonary embolism, asthma, COPD and OSAS in the past and who was evaluated by the pulmonary diseases and cardiology departments was prescribed inhaled bronchodilator treatment. Quetiapine 400 mg/day was added to the treatment on the 17th day as the patient's mania symptoms persisted. Quetiapine was discontinued on the 23rd day, as the patient's symptoms persisted and she scored 35 on the YMRS, 25 mg/day clozapine was added to the treatment, and aripiprazole was increased to 15 mg/day. The dose of clozapine was gradually increased to 150 mg/day on the 40th day. Oral aripiprazole was discontinued

and she was given a second dose of aripiprazole long-acting IM injection. Due to the adverse effects of hypersalivation and constipation observed in the follow-ups, the clozapine dose was reduced to 100 mg/day on the 44th day and it was observed that the side effects regressed. It was decided to administer ECT for the patient who did not display the expected benefit from pharmacological treatments and did not have a significant regression in the YMRS score. The patient was re-evaluated by the neurosurgery, neurology and pulmonary diseases departments and it was stated that there was no pathology that would constitute a contraindication for ECT. Nine sessions of bitemporal brief pulse ECT with an alternating current between 20 and 120 Hz were administered to the patient three times a week. Rocuronium bromide, thiopental and succinylcholine were used as the anesthesia protocol. There were no adverse effects during and after the ECT sessions. After the 5th session of ECT, the patient's manic symptoms started to regress and her YMRS score decreased to 24; after the 9th ECT session, it was observed that the patient's wellbeing significantly improved and the YMRS score decreased to 6. The patient, whose manic symptoms regressed significantly, was discharged with a prescription of valproate 1500 mg/day, clozapine 100 mg/day, aripiprazole long-acting IM injection 400 mg/month, and weekly outpatient controls were scheduled.

DISCUSSION

When the medical literature is reviewed, it is observed that there is a significant difference between the case reports up to 1980 and the reports after 1980 in terms of the safety of ECT implementation in patients with intracranial lesions (6). The differences in both ECT and anesthesia protocols in the past, the detection of intracranial masses following clinical worsening after ECT in some patients, may be the reason why ECT was considered as a contraindication in these patients. With the development of imaging techniques over the years, intracranial masses that could not be detected in the past and that were not clinically important have begun to be diagnosed. These factors may help explain the reason why adverse effects of ECT are less common in patients with intracranial masses compared to the past.

Small, calcified, slowly growing, benign tumors without associated edema such as meningioma pose relatively less risk (11). The presence of a

large mass, multiple masses (e.g., metastatic lesions), edema, increased intracranial pressure should probably be considered relative contraindications for ECT (12); for such psychiatric patients with these types of intracranial masses who require ECT, ECT implementation may be considered after all other available treatment options have been tried. During this process, it is absolutely necessary to be in contact with the neurology or neurosurgery departments.

ECT applications after steroid pretreatment was used to decrease cerebral edema around the intracranial tumor have been reported (11). In addition, pretreatment with short-acting beta-blocker agents (esmolol) has been shown to safely and effectively block seizure-induced increases in heart rate and blood pressure without significantly affecting seizure duration (13).

Although neuroimaging is not mandatory before ECT, it is recommended for detailed neurological evaluation and possible organic pathology evaluation if additional neurological symptoms develop during or after ECT (6). The administration of ECT in these patients should be evaluated on a case-by-case basis after interdisciplinary consultation with a neurologist and neurosurgeon, following a good benefit/risk assessment.

The inadequacy of data on the application of ECT in PE patients hinders the use of ECT in patients

with PE. The limited data available indicate that ECT is safe in patients with PE (14). It has been recommended to consider the use of a beta-blocker and/or remifentanyl during ECT in order to reduce cardiac risk factors in patients with recent PE (7). In this case, starting an additional prophylaxis with the recommendation of the pulmonary diseases department was not considered, since the patient had PE a long time ago and was still not undergoing anticoagulant therapy. Although there are no randomized controlled studies on the safety of the use of ECT in patients with PE, cases in which ECT was used safely and without any problems have been reported with no adverse effects (7,10).

The case presented here is, as far as is known, the first report where comorbidities such as intracranial tumor and pulmonary embolism history, which may cause clinicians to hesitate to implement ECT, co-exist. The patient was evaluated by the relevant departments, their recommendations were followed, and she responded to ECT without any complications. Although there is limited evidence regarding the safety of ECT in the presence of comorbidities, ECT can be successfully implemented where there is no response to other treatments, as in this case, with the necessary consultations and close follow-up, without delaying the treatment.

Correspondence address: M.D., Anıl Muştucu, Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. Görükle/Bursa 16130 Bursa, Türkiye
amustucu@gmail.com

REFERENCES

1. Maltbie AA, Wingfield MS, Volow MR, Weiner RD, Sullivan JL, Cavenar JO Jr. Electroconvulsive therapy in the presence of brain tumor. Case reports and an evaluation of risk. *J Nerv Ment Dis* 1980; 168(7):400-405.
2. Nobler MS, Sackeim HA. Mechanisms of action of electroconvulsive therapy: Functional brain imaging studies. *Psychiatric Ann* 1998; 28:23-29.
3. Mander AJ, Whitfield A, Kean DM, Smith MA, Douglas RH, Kendell RE. Cerebral and brain stem changes after ECT revealed by nuclear magnetic resonance imaging. *Br J Psychiatry* 1987; 151:69-71.
4. Carter C. Neurological considerations with ECT. *Convuls Ther Bull Tardive Dyskinesia Notes* 1977; 2:16-19.
5. American Psychiatric Association. Task Force on Electroconvulsive Therapy. The Practice of ECT: Recommendations for Treatment, Training and Privileging. *Convuls Ther* 1990; 6(2):85-120.
6. Buday J, Albrecht J, Mareš T, Podgoma G, Horackova K, Kalisova L, Raboch J, Anders M. Brain Tumors and Electroconvulsive Therapy: A Literature Overview of the Last 80 Years. *Front Neurol* 2020; 11:723.
7. Singh G, Wahi S. Pulmonary embolism in the ECT patient: a case report and discussion. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30(1):87-89.
8. Tess AV, Smetana GW. Medical evaluation of patients undergoing electroconvulsive therapy. *N Engl J Med* 2009; 360:1437-1444.
9. Mehta V, Mueller PS, Gonzalez-Arriaza HL, Pankratz VS, Rumrans TA. Safety of electroconvulsive therapy in patients receiving long-term warfarin therapy. *Mayo Clin Proc* 2004; 79(11):1396-1401.
10. Tsao C, Nusbaum A. Successful ECT course for catatonia after large pulmonary embolus and placement of inferior vena cava filter. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29(4):374.
11. Kellner C, Rames L. Dexamethasone pretreatment for ECT in an elderly patient with meningioma. *Clinical Gerontologist* 1990; 10:67-72.
12. Rasmussen KG, Perry CL, Sutor B, Moore KM. ECT in patients with intracranial masses. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2007; 19(2):191-193.
13. Gaines GY 3rd, Rees DI. Anesthetic considerations for electroconvulsive therapy. *South Med J* 1992; 85(5):469-482.
14. Dean J, Coconcea C. Electroconvulsive Therapy in a Patient With Pulmonary Embolism: A Case Report. *J ECT* 2016; 32(3):e12.

Erişkinlik döneminde streptokok enfeksiyonu ile ilişkili pediatrik otoimmün nöropsikiyatrik bozukluk(PANDAS) tanısı düşündüren bir olgu

An adult case suggestive of pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infection (PANDAS) diagnosis

Sare Aydın¹, Ahmet Ekrem Savaş¹, Esmâ Akpınar Aslan², Sedat Batmaz³

¹Asist. Dr., ²Doç. Dr., Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Tokat, <https://orcid.org/0000-0002-5081-5983>, <https://orcid.org/0000-0003-0881-1425>, <https://orcid.org/0000-0003-4714-6894>

³Doç. Dr., Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi, Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Ankara, <https://orcid.org/0000-0003-0585-2184>

ÖZET

Streptokok enfeksiyonuyla ilişkili pediatrik otoimmün nöropsikiyatrik bozukluklar (PANDAS) A grubu-beta hemolitik streptokok enfeksiyonu sonrası otoimmün tepkinin bir sonucu olarak ortaya çıkan, çocukluk çağında obsesif kompulsif belirtiler ve tikler bulunan tabloyu tanımlamaktadır. Çocukluk çağında çeşitli semptomlarla seyreden, kliniği karışık olan, bu nedenle tanı koymanın zor olduğu PANDAS erken saptanarak enfeksiyon tedavisinin sağlanması ile nöropsikiyatrik semptomlarda belirgin gerileme izlenen bir sendromdur. Bu yazıda, sık tekrarlayan üst solunum yolu enfeksiyonlarıyla obsesif kompulsif bozukluk (OKB) bulguları ve tikleri alevlenen ve pediatrik otoimmün nöropsikiyatrik bozukluk (PANDAS) tanısını düşündüren 21 yaşında bir olgu sunulmuştur. Tanı almamış ve tedavi edilmemiş PANDAS kronisite kazanarak ömür boyu obsesif kompulsif bozukluk ve tik bozukluğuna dönüşme açısından yüksek risklidir. PANDAS tanısı olduğu düşünülen olgular zaman geçirmeden uygun merkeze yönlendirilerek tedavi başlanmalıdır.

Keywords: PANDAS, tik bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, nöropsikiyatrik bozukluklar

SUMMARY

Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infection (PANDAS) describe a picture with obsessive-compulsive symptoms and tics in childhood as a result of autoimmune response after group A-beta hemolytic streptococcal infection. PANDAS is a syndrome which progresses with various symptoms in childhood and is difficult to diagnose, and in which a significant regression in neuropsychiatric symptoms is observed with early detection and treatment of infection. In this article, a 21-year-old case with OCD findings and tics exacerbated by recurrent infections, suggesting the diagnosis of PANDAS is presented. Undiagnosed and untreated PANDAS has a high risk of becoming chronic and transforming into lifelong obsessive compulsive disorder and tic disorder. Patients who are thought to have a diagnosis of PANDAS should be referred to the appropriate center without delay and treatment should be started.

Anahtar Kelimeler: PANDAS, tic disorder, obsessive compulsive disorder, neuropsychiatric disorders

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2022;25:434-440)

DOI:10.5505/kpd.2022.16768

GİRİŞ

Akut romatizmal ateşin bir görünümü olan Sydenham koresinde “tekrarlayıcı davranışları” ilk olarak Sir William Osler tarafından 1894 yılında tanımlanmıştır. Daha sonra araştırmacılar Sydenham koresinin obsesif kompulsif bozukluğun (OKB) bazı formları için tıbbi bir model olabileceğini öne sürerek bu hipotezi daha da geliştirmişlerdir (1-3). Pediatrik otoimmün nöropsikiyatrik bozukluklar (PANDAS) tanısı 1998 yılında Swedo ve arkadaşlarının OKB tanısı ile izledikleri çocuk hastalarda atipik özellikler ve nöropsikiyatrik belirtiler gözlemlemesi üzerine bu çocukların ayrı bir OKB alt grubunu oluşturabileceklerini düşünmeleriyle ortaya çıkmıştır ve sonrasında da bu klinik tablo için yeni tanı ölçütleri tanımlanmıştır (4). Tanımı gereği PANDAS çocukluk dönemine ilişkin bir bozukluk olmakla birlikte tanısı atlanmış olgularda ilk defa erişkinlik döneminde de fark edilebilmektedir. Alan yazına bakıldığında, kas seğirmesi, huzursuzluk ve uykusuzluk yakınmaları ile başvuran 20 yaşında bir kadın hastanın PANDAS tanı ölçütlerini karşıladığı görülmüştür (5). Başka bir olgu sunumunda ise çocukluğundan beri Tourette Sendromu remisyonunda olan 19 yaşındaki kadın hastanın şiddetli tonsillit sonrası yeni başlayan motor ve vokal tikler ile başvurusu da PANDAS tanısını düşündürmüştür (6). Bir diğer olguda ise şiddetli tonsillit sonrası OKB gelişen 25 yaşındaki bir hastanın izleminde tanısının PANDAS ile uyumlu olduğu görülmüştür (4). Bugün için PANDAS tanısı beş ölçütle konulmaktadır: (i) OKB veya bir tik bozukluğunun bulunması. (ii) Pediatrik başlangıç (Üç yaş ile puberte başlangıcı dönemleri arası). (iii) Belirtilerin aniden başlaması veya belirtilerde dramatik alevlenmelerle karakterize bir gidişin olması. (iv) Belirtilerin başlangıcı veya alevlenmesi ile A grubu betahemolitik streptokok (AGBHS) enfeksiyonu arasında zamansal bir ilişkinin varlığı. (v) Alevlenme sırasında anormal nörolojik bulguların (hiperaktivite, koreiform hareketler, tikler, vb.) varlığı (4).

PANDAS’ın klinik seyrinde belirtiler ani ve dramatik şekilde başlar, günler ve haftalar içerisinde yavaşça gerileme gösterir. PANDAS’ta görülen obsesyonlar sıklıkla kontaminasyon obsesyonları, kendine/başkalarına zarar verme obsesyonları, cin-

sel obsesyonlar ve dini obsesyonlardır (8). Sık olarak eşlik eden diğer psikiyatrik belirtiler ise emosyonel labilite, ayrılma anksiyetesi, gece korkuları, bilişsel yıkım ve motor hiperaktivitedir (4).

PANDAS’ın insidansı ve prevalansı tam olarak bilinmemekle birlikte bazı araştırmacılar çocukluk çağı başlangıçlı OKB ve tik bozukluğunun %10 oranında nedeni olduğunu bildirmektedir. PANDAS, erkek çocuklarda kızlara göre daha fazla görülmektedir (8).

PANDAS’ın patogenezi tam olarak aydınlatılamasa da Sydenham koresiyle arasındaki klinik benzerlik PANDAS patogenenizinde önerilen modeli ortaya çıkarmıştır (4). AGBHS enfeksiyonu sonrası Sydenham koresi oluşumunun patogenezi de tam olarak bilinmemektedir; ancak moleküler taklit mekanizmasının rol oynadığı düşünülmektedir. Bu mekanizmaya göre streptokokların hücre membranları ile santral sinir sistemindeki nucleus caudatus ve nucleus subthalamicus arasında çapraz reaksiyonlar meydana gelmektedir. PANDAS belirtilerinin, streptokok enfeksiyonu sonrasında ortaya çıkması ve daha sonrasında ani ve dramatik kötüleşmeler izlenmesi immün yanıt modelini desteklemektedir (9). Swedo ve arkadaşlarına göre eğer etiyolojik ajanın dozu kore gelişimine neden olacak kadar fazla değilse çocuklarda yalnızca tikler ve OKB ortaya çıkabilmektedir (8).

Hastalığın esas tanısı klinik belirtilerin varlığı ile konulmaktadır; fakat hastalığın AGBHS ile ilişkili olduğunun gösterilmesi açısından boğaz kültürü ve antistreptokokal antikorların istenmesi tanıyı desteklemektedir. PANDAS olgularının %80’inde Anti-DNaz B (ADB) titreleri yükselirken, antistreptolizin O (ASO) titreleri yalnızca %20-50 olguda yükselmektedir (10).

OLGU SUNUMU

Yirmi bir yaşında, lise ikinci sınıftan terk, bekar, erkek hasta polikliniğimize başkalarına zarar vermekten çekinme, başkalarından zarar görme endişeleri, küfredmesini söyleyen sesler duyma, yaptıklarından emin olamama, aynı şeyleri tekrar tekrar sorma, oturduğunda tekrar tekrar kalkarak

odaları kontrol etme, hareketlilikte artış yakınması ile yakınları eşliğinde başvurdu.

Daha önce psikiyatrik yakınması olmayan hastanın ilk psikiyatrik yakınmaları on bir yaşındayken başlamış. İçinden başkalarına ya da dine küfretme düşüncelerinin geçmesi, kirlenme takıntıları, sürekli ellerini yıkama, aynı soruyu tekrar tekrar sorma, sınıfta sürekli hareket etme, ders başarısında düşme, dürtüsellik yakınmalarıyla çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuruları olmuş. Hastaya dikkat etsikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısıyla metilfenidat ve atomoksetin tedavisi başlanmış. Sonraki poliklinik kontrolünde cinsel ve dinsel takıntılarda artış olması, ellerinde ve kollarında istemsiz ve yineleyen hareket izlenmesi üzerine DEHB, OKB, tik bozukluğu tanıları düşünülerek tedaviye sertralin 50 mg/gün ve risperidon 1 mg/gün eklenmiş. Mevcut tedavi ile üç aylık süre boyunca hastanın takıntılarında ve tiklerinde tama yakın gerileme olmuş. Yaklaşık üç ay sonrasında cinsel ve dinsel takıntılar, şüphe takıntılarının tekrar başlaması üzerine sertralin tedavisi sonlandırılarak tedaviye fluoksetin 20 mg/gün eklenmiş. Bir ay sonra başka bir hekime başvurusunda iç sıkıntısı, huzursuzluk “Su içsem boğulur muyum? Ya evde yangın çıkarsa?” gibi endişeler tarif etmesi üzerine yaygın anksiyete bozukluğu ön tanısı düşünülerek fluoksetin dozu 40 mg/gün’e kadar artırılmış. Bir ay sonraki kontrolünde cinsel istekte artış, dürtüsel davranışlarda artış, ilahi söyleme, hareketlilikte artış izlenen hastada bu sefer de bipolar bozukluk hipomanik epizod tanısı düşünülmüş ve fluoksetin sonlandırılarak tedaviye valproik asit 1000 mg/gün eklenmiş, kontrollerde de dozu 1500 mg/gün’e artırılmış. Bir ay sonraki kontrolünde hareketlilik artışı devam eden, “Politikacı olacağım,” şeklinde söylemleri olan, grandiyöz tutum izlenen hastanın tedavisine lityum 1200 mg/gün eklenmiş. Lityum 1200mg/gün, valproik asit 1500mg/gün tedavisi ile hareketlilik artışı, dürtüsel davranışları ve grandiyöz tutumları kısmen gerileme izlenmiş. Ancak takiplerinde obsesif belirtilerde zaman zaman alevlenme izlenmesi nedeniyle belli dönemlerde tedaviye essitalopram, sertralin, fluoksetin eklenmiş. Bu süreçte, bilişsel alandaki yıkıma bağlı olduğu düşünülen, okul başarısında belirgin düşme izlenmesi üzerine hasta lise ikinci sınıfta, 16 yaşındayken, okulu bırakmış. Yaklaşık bir yıl sonra, hasta 17 yaşındayken emir

veren, yorum yapan işitsel varsanılardan yakınmaya başlayan hasta “Üç harfliler peşimde, bana zarar verecekler,” şeklinde perseküyon hezeyanları tarif etmeye başlamış. Yakınları tarafından uygun olmayan yerlerde cinsel özdoyum davranışlarının olduğu belirtilen hastanın tanısı şizofreni olarak değiştirilmiş ve tedavisine olanzapin 10 mg/gün eklenmiş, lityum tedavisi sonlandırılmış. Yaklaşık iki aylık tedavi sonrasında tedaviden yanıt alınamaması üzerine olanzapin tedavisi de sonlandırılmış. Paliperidon, ziprasidon, aripiprazol, ketiypin gibi birçok antipsikotik etkin doz ve sürede kullanılmasına rağmen psikotik belirtilerde tam düzelme sağlanamamış. Bu süreçte; aklından başkalarına ve dine küfür etme düşüncelerinin geçmesi, kirlenme takıntıları, cinsel takıntılar devam ediyormuş. Ara ara bu takıntılarında gerileme olsada tamamen geçtiği bir dönem hiç olmamış. İşitsel varsanıları ve perseküsyon hezeyanlarının da devam etmesi üzerine en sonunda klozapin tedavisine geçilmiş ve doz 600mg/güne kadar artırılmış. Klozapin tedavisi ile dürtüsel davranışlar, işitsel varsanılar ve perseküsyon hezeyanlarında kısmen gerileme izlenmiş. Ancak obsesif belirtilerde herhangi bir gerileme izlenmemiş. Yine hastanın yakınlarından alınan öykü ve tıbbi kayıtlarından edinilen bilgiye göre hastanın içinden başkalarına ya da dine küfretme düşüncelerinin geçmesi, kirlenme takıntıları, sürekli ellerini yıkama, aynı soruyu tekrar tekrar sorma şeklindeki ilk yakınmalarının başladığı dönemlerde hastanın aynı zamanda sık sık boğaz ağrısı, diş ağrısı, ateş yüksekliği gibi şikayetleriyle çok kez hastane başvurusu olurmuş. Sıklıkla bu yakınmaların sonrasında da takıntılarında ve tiklerinde artış olurmuş. Hastaya geçirdiği enfeksiyonlar nedeniyle antibiyotik tedavileri uygulanmasına rağmen alerjik reaksiyon geliştiği için düzenli bir tedavi alması da mümkün olmuyormuş. Hastaya bu nedenle on üç yaşındayken tonsillektomi uygulanmış. Aile öyküsünde ablasında da OKB tanısı olması dışında bir özellik yoktu. Özgeçmişinde; alkol ve madde kullanım öyküsü yoktu. 6 paket/yıl sigara kullanımı mevcuttu. Değerlendirme anındaki ruhsal durum muayenesinde özbakımı azalmıştı, donuk ifadeli, çocuksu tavırlı ve görüşmeye istekliydi. Göz teması kuruyordu. Yönelim ve bellek bozukluğu saptanmadı. Spontan ve istemli dikkati azalmıştı. Konuşması amaca yönelik başlıyordu, ancak teğetseldi.

Görüşme sırasında tekrar tekrar soru soruyordu. Düşünce içeriğinde başkalarına zarar verme ve şüphe obsesyonları mevcuttu, birilerin kendisine zarar verebileceğini ifade ediyordu. Kendisine hakaret eden, başkalarına küfredmesini söyleyen işitsel varsanılardan bahsediyordu. Seslerin tanımadığı bir erkek sesi olduğunu söylüyordu. Duygulanımı kısıtlı, duygudurumu kaygılıydı. Davranışlarında kol ve bacaklarında hızlı, ritmik olmayan, istemsiz ve yineleyen hareketler mevcuttu. Yargılaması normaldi, soyut düşünme yeteneği bozulmuştu ve zekası normal izlenimi veriyordu. Yapılan nörolojik muayenesinde motor tikler ve geniş adımlarla yürüyüş dışında bir patoloji saptanmadı. Başvuru sırasında klopazapin 600 mg/gün, aripiprazol 30 mg/gün, valproik asit 1000 mg/gün, lamotrijin 25 mg/gün ve amitriptilin 25 mg/gün kullanılıyordu.

Hastanın Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5. Baskı (DSM 5) tanı ölçütlerine göre OKB ve şizofreni tanı ölçütlerinin karşıladığı belirlendi (11). DSM 5 tanı sınıflama sistemi PANDAS tanısını içermemektedir. PANDAS tanısı Swedo ve arkadaşları tarafından belirlenen tanı ölçütleri bağlamında değerlendirilmektedir (1). Hasta ve yakınlarından alınan öykü ve hastanın tıbbi geçmişi incelendiğinde PANDAS tanı ölçütlerinin karşılandığı görüldü. Çok sayıda psikotrop ilaç kullanımına rağmen psikotik ve obsesif belirtileri devam eden hastanın tanısının netleştirilmesi ve tedavisinin düzenlenmesi için servise yatırıldı.

Hastada ilk yattığı gün istenen beyaz küre: 13360/mL, nötrofil: 8510/mL, C reaktif protein: 27,87 mg/L dışında biyokimyasal ve hemotolojik test sonuçları normaldi. PANDAS ön tanısı düşünülen hastadan boğaz kültürü alındı; ancak besiyerinde AGBHS üremedi. Serolojik testlerde ASO: 210 IU/mL, ADB: 508 U/mL olarak ölçüldü. Elektroensefalografi sonucu normaldi. Beyin manyetik rezonans görüntülemesi hafif serebral atrofiye sekonder sulkus ve fissürlerde genişleme, ventriküllerde genişleme dışında normal olarak değerlendirildi. Servisteki izleminde dürtüsel davranışları ve emin olamama nedeniyle tekrar tekrar soru sorup onaylatması, çocuksu davranışları dikkati çekiyordu. Kliniğimize başvurmadan üç gün öncesinde diş enfeksiyonu nedeniyle amoksisilin

klavunat 1000 mg/gün başlanmıştı. Servisteki izleminde subfebril ateşi ve öksürüğü oldu. Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji bölümüne konsülte edildi. İlgili bölüm muayenesi sonrasında üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı düşünülerek amoksisilin klavunat tedavisi sonlandırıldı, seftriyaksone 2 g/gün tedavisine geçildi. Hastanın nöropsikiyatrik belirtilerinin başlangıç yaşının pediatrik dönemde olması, OKB ve bir tik bozukluğunun bulunması, psikiyatrik belirtilerin belli dönemlerde yatışması, belli dönemlerde ise alevlenmelerin olması, her ne kadar geçmişe dönük AGBHS enfeksiyonu geçirdiğini gösteren objektif veriler olmasa da alevlenmelerin olduğu dönemlerde sık sık üst solunum yolu ve yumuşak doku enfeksiyonu geçiriyor olması, şikayetlerinin arttığı son başvurusunda ise serolojik testlerden ADB'de belirgin yükseklik izlenmesi ile birlikte PANDAS kriterlerini karşıladığı gözlemlendi. Mevcut belirtilerin PANDAS'a bağlı olduğunun düşünülmesi ve hastanın mevcut tedaviyle belirgin fayda görmediğine kanaat getirilmesi üzerine lamotrijin ve amitriptilin tedavileri sonlandırıldı. Aripiprazolün dozu ise 20 mg/gün'e azaltıldı. Servisteki izleminin ikinci haftasında antibiyotik tedavinin tamamlanması ile hastanın öksürük ve ateşi de geriledi. Başvuru sırasında tarif ettiği işitsel varsanıların ve kaygılı duygudurumun belirgin şekilde; düşünce içeriğindeki başkalarına zarar verme ve şüphe obsesyonlarının ise kısmen gerilediği fark edildi. Poliklinik takiplerinde klopazapin doz azaltımı planlanarak kısmi iyilik haliyle taburcu edildi.

TARTIŞMA

PANDAS, AGBHS enfeksiyonu sonrası otoimmün tepkinin bir sonucu olarak, çocukluk çağında ortaya çıkan obsesif kompulsif belirtiler ve tikler bulunan bir tabloyu tanımlamaktadır. Hastamızda OKB tanısı mevcut olmakla birlikte geçmiş tıbbi kayıtlarında DEHB, tik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu gibi PANDAS'a sıklıkla eşlik eden psikiyatrik bozukluklar ile tedavi öyküsü de mevcuttu. Bununla birlikte nöropsikiyatrik belirtiler enfeksiyon geçirdiği dönemlerde alevlenmeler ile seyretmekte, enfeksiyon gerilediği dönemde ise bu belirtilerin de gerilediği görülmekteydi. Öte yandan hasta ve hasta yakınlarından, belirtilerin ergenlik dönemi öncesinde başlaması ve

başlangıcın bir enfeksiyon sonrası olması şeklinde öykü alınsa da o döneme ilişkin streptokok enfeksiyonu kanıtlarına ulaşamaması olgunun tanısı için kısıtlılık oluşturmuştur. Ancak hastanın enfeksiyöz hastalığı psikiyatrik şikayetlerinin gerisinde kalmış, düzenli bir antibiyotik tedavi süreci de olmamıştı. Ayrıca hastanın 13 yaşında tonsillektomi geçirmek zorunda kalması ve tekrarlayan yumuşak doku enfeksiyonları geçirmesi de AGBHS enfeksiyonu için destekleyiciydi.

Hastanın geçmiş tıbbi dokümanlarından öğrenilebildiği kadarıyla enfeksiyon geçirdiği dönemlerde hematüri ile çocuk acil servisine başvuruları olması da her ne kadar bu yönde bir tanı konulmamış olsa da akla akut poststreptokokal glomerulonefriti getirmekteydi. Yine hastalığın seyri boyunca gözlenen ritmik olmayan, istemsiz, yineleyen hareketlerin de diğer belirtiler gibi dalgalı seyir göstermesi önemliydi. Bu belirtilerin koreiform nitelikte olmaması ise AGBHS ile ilişkili bir kore tablosu olmadığını, bu istemsiz hareketlerin PANDAS'ta görülebilecek tikler olabileceğini düşündürmektedir.

Swedo ve arkadaşları, çocuklardaki semptomların başlangıcı ve kötüleşmesi ile AGBHS enfeksiyonu arasındaki ilişkinin saptanması için boğaz kültürü ve streptokoklara karşı oluşan antikorları kullanmışlardır (4). Mevcut olguda boğaz kültüründe AGBHS üremedi, serolojik testlerde ASO sınırda yükseklikteydi, ancak ADB artışı belirgindi. Klinik belirtilerin AGBHS ilişkili olduğunun gösterilmesi açısından bu laboratuvar verileri de tanıyı destekliyordu.

Çocukluk dönemimde tonsillofarenjit sık görülen enfeksiyonlardandır. Bakteriyel kaynaklı tonsillofarenjitlerin en sık nedeni ise AGBHS'dir (12). AGBHS tonsillofarenjitin yanı sıra yumuşak doku enfeksiyonlarına da sıklıkla neden olmaktadır. Bu nedenle çocuklar arasında streptokok enfeksiyonlarının sık görüldüğü bilinmektedir. Ancak çocukluk çağında nöropsikiyatrik belirtilerin yaygın olmadığı bildirilmektedir. Bu durum, bazı çocukların streptokok enfeksiyonu sonrası PANDAS tablonun gelişimi için daha yatkın olup olmadığı sorusunu akıllara getirmektedir. Bu konuda yapılan bir çalışmada bir grup PANDAS tanılı

hastanın ebeveyn ve kardeşlerinde tik ve OKB sıklığı araştırılmış, çalışma sonucunda PANDAS olgularının ebeveyn ve kardeşlerindeki tik ve OKB sıklığı sağlıklı kontrollerden daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmanın sonucu PANDAS tablosunun gelişimine genetik yatkınlığın katkıda bulunabileceği olasılığını düşündürmektedir (13). Bu yönüyle bakıldığında, hastanın ablasında da OKB tanısı olması bu kanıyı dolaylı olarak desteklemektedir.

Akut romatizmal ateş alevlenmesini azaltmak için penisilin profilaksisi önerilmektedir. Sydenham koresi ve PANDAS patogenezinde benzerlik olması nedeniyle penisilin profilaksisinin PANDAS'lı olgulardaki nöropsikiyatrik alevlenmeleri azaltabileceği düşünülmüştür (14). Yapılan bir çalışmada, penisilin veya azitromisin profilaksisi uygulanan hastalarda profilaksinin PANDAS'taki nöropsikiyatrik alevlenmeleri azalttığı gösterilmiştir (15). Nitekim bazı olgu bildirilerinde antibiyotiklerin PANDAS'ın psikiyatrik belirtileri ve ilgili bozukluklar üzerinde olumlu bir etkisi olduğu gösterilmiştir (16). Mevcut olguda da antibiyotik tedavisi sonrası belirtilerde kısmen de olsa gerileme olması da PANDAS tanısını destekler nitelikteydi. Öte yandan otoimmün bir hastalık olarak düşünülen PANDAS için bir diğer tedavi seçeneği de plazma değişimi ve intravenöz immünglobülin tedavisidir. Ancak bu alanda yapılan çalışmalar kısıtlıdır (17). Mevcut olgu da istenilen konsültasyonlar sonrasında bu türden bir tedavi önerilmediği için bu tedaviler uygulanmamıştır. Dolayısıyla PANDAS belirtilerinde bu tedavilerle ne oranda düzelme elde edilebileceğine dair bir yorumda bulunulamamaktadır. Ayrıca mevcut olguda yakınmaların birden başlaması ve bilişsel yıkımın olması, hasta yakınlarının yardım arayışı içerisinde farklı merkezlere başvurmasına ve tetkiklerin ve tedavinin tamamlanmamasına neden olmuştur. Ek olarak enfeksiyon dönemlerinde antibiyotik tedavisinin tamamlanmaması otoimmün sürecin devam ettiğini ve bunun da bilişsel yıkıma neden olduğunu düşündürmektedir.

PANDAS esas olarak klinik bir tanı olup ani başlangıçlı nöropsikiyatrik semptomlar ve yakınlarda geçirilen AGBHS enfeksiyonu ile ilişkilidir. PANDAS tanı ölçütleri göz önüne alındığında erişkinlikte PANDAS olgularının

saptanması güç olmaktadır. PANDAS tanısını ortaya atan araştırmacılar, tüm ölçütleri karşılayamayan fakat klinik açıdan çok benzer hastalar için de pediatrik akut başlangıçlı nöropsikiyatrik sendrom (PANS) tanısını önermişlerdir. PANS'ta AGBHS enfeksiyonu ile belirtilerin başlaması/alevlenmesi arasında ilişki şartı koşulmamıştır. PANDAS tanısı için gerekli olan OKB veya bir tik bozukluğunun bulunması ölçütü yerine, OKB bulguları ya da şiddetli yeme kısıtlılığı bulunması ölçütü aranmaktadır. Yani yeme kısıtlılığı, OKB saptanması gerektiği ölçütünü tek başına karşılayabileceği belirtilmiştir. PANS tanısı koymak için bir diğer ölçüt de nörolojik ve tıbbi hastalıkların dışlanması oluşturmaktadır (18). Mevcut olguda psikiyatrik belirtilerin enfeksiyon geçirdiği dönem sonrası başlaması ve alevlenmeler göstermesi, besin alımı kısıtlanmasının ya da yeme davranışı değişimi saptanmaması nedeniyle tanısal karşılığın PANS'tan ziyade PANDAS lehine olması gerektiği klinik kanaati ön plandadır.

Bu olguda tanıya dönük kısıtlılıklara bakılacak olursa, ilk nöropsikiyatrik anomalilerin başladığı ve alevlenmelerin olduğu dönemde tonsillit ve yumuşak doku enfeksiyonu geçiriyor olması AGBHS enfeksiyonunu düşündürse de geçmişinde AGBHS geçirdiğini gösteren objektif bir test elimizde bulunmamaktadır. Ancak yakınmaların arttığı son başvurusunda ise serolojik testlerden ADB'de belirgin yükseklik izlenmesi klinik belirtiler ile AGBHS ilişkisini desteklemektedir. Ayrıca hastanın PANDAS tanısı koymak için gerekli olan

hastalığın alevlenmelerle gitmesi zorunluluğu ve diğer PANDAS ölçütlerini de karşıladığı gözlenmiştir.

Sonuç olarak çocukluk çağında çeşitli belirtilerle seyreden, klinik görünümü değişken olan, bu nedenle tanı koymanın zor olduğu PANDAS, erken saptanarak mevcut enfeksiyonun tedavisi sağlandığında belirgin düzelme elde edilebilen bir sendromdur. Çocukluk çağında ani başlayan obsesyonlar, tik bozuklukları gibi nöropsikiyatrik bozukluklar akla PANDAS'ı getirmelidir. Çocuk ve ergen psikiyatristleri ve pediatrik tıp uzmanları, yeni gelişen nöropsikiyatrik semptomların varlığında, farengit öyküsünü daha dikkatli sorgulamalıdır. Tanı almamış ve tedavi edilmemiş PANDAS, ömür boyu OKB ve tik bozukluğuna dönüşme açısından yüksek risk taşımaktadır (19). Bu nedenle öncesinde tanı almamış, PANDAS düşündürecek olgularla erişkinlik döneminde de karşılaşılabileceğinin unutulmaması önemlidir.

Yazışma Adresi: Dr., Sare Aydın, Kaleardı Mah., Muhittin Fisünoğlu Cad. Poliklinikler Binası, 60030 Merkez/tokat Merkez/tokat 60000 Tokat - Türkiye, sare.aydin@gop.edu.tr

KAYNAKLAR

1. Swedo SE, Leonard HL, Kiessling LS. Speculations on antineuronal antibody-mediated neuropsychiatric disorders of childhood. *Pediatrics*. 1994; 93:323-326.
2. Swedo SE. Sydenham's chorea: a model of childhood autoimmune neuropsychiatric disorders. *JAMA*. 1994; 272: 1788-1791.
3. Swedo SE, Rapaport JL, Leonard HL, Lenane MC, Cheslow D. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescent: clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Arch Gen Psychiatry*. 1989; 46: 335-341.
4. Swedo SE, Leonard HL, Garvey M, Mittleman B, Allen AJ, Perlmutter S, Lougee L, Dow S, Zamkoff J, Dubbert BK. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical description of the first 50 cases. *Am J Psychiatry*. 1998 Feb;155(2):264-71. doi: 10.1176/ajp.155.2.264. Erratum in: *Am J Psychiatry* 1998 Apr;155(4):578. PMID: 9464208.
5. Martinelli P, Ambrosetto G, Minguzzi E, Battaglia S, Rizzo G, Scaglione C. Late-onset PANDAS syndrome with abdominal muscle involvement. *European Neurology*. 2002;48(1):49-51.
6. Singh R, Nekrasova, N, Butov D. Tourette syndrome or PANDAS—a case report. *Wiener Medizinische Wochenschrift*. 2021; 171(11): 289-292.
7. Bodner SM, Morshed SA, Peterson BS. The question of PANDAS in adults. *Biological Psychiatry*. 2001; 49(9): 807-810.
8. Mirza HC. PANDAS hipotezi. *Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Dergisi*. 2015; 45(3):109-116.
9. Bayraktar E, Kala Y. Obsesif-kompulsif bozukluğun ety-

opatogenezinde yeni bir boyut: PANDAS. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni.2000;10: 144-152.

10.Murphy ML, Pichichero ME. Prospective identification and treatment of children with pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with group A streptococcal infection (PANDAS). Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. 2002; 156(4): 356-361.

11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. Arlington, VA: American Psychiatric Pub, 2013.

12. Tünger Ö. Akut Tonsillofarenjitler. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi .2015;2(1): 2-7.

13. Lougee L, Perlmutter SJ, Nicolson R, Garvey MA, Swedo SE. Psychiatric disorders in first-degree relatives of children with pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections (PANDAS). Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2000;39(9): 1120-1126.

14. Macerollo A, Martino D. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections (PANDAS): An evolving concept. Tremor and Other Hyperkinetic Movements .2013; 3:1-13.

15. Snider LA, Lougee L, Slattery M, Grant P, Swedo SE. Antibiotic prophylaxis with azithromycin or penicillin for childhood-onset neuropsychiatric disorders. Biol Psychiatry.2005; 57:788-792.

16.Sigra S, Hesselmark E, Bejerot S.Treatment of PANDAS and PANS: a systematic review. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2018;86:51-65.

17. Perlmutter SJ, Leitman SF, Garvey MA, Hamburger S, Feldman E, Leonard HL, Swedo SE. Therapeutic plasma exchange and intravenous immunoglobulin for obsessive-compulsive disorder and tic disorders in childhood. The Lancet .1999; 354(9185): 1153-1158.

18. Swedo SE, Leckman JF, Rose NR. From research subgroup to clinical syndrome: Modifying the PANDAS criteria to describe PANS (pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome). 2012;2(2): 13.

19. Dale RC, Heyman I, Giovannoni G, Church AW. Incidence of anti-brain antibodies in children with obsessive-compulsive disorder. The British Journal of Psychiatry. 2005;187(4): 314-319.