



# ❧ Türk Psikiyatri Dergisi ❧

*Turkish Journal of Psychiatry*

**CİLT** | Volume 35

**YAZ** | Summer 2024

**SAYI** | Issue 2

ISSN: 1300 – 2163

E-ISSN: 2651-3463

TÜRKİYE  
SİNİR VE  
RUH SAĞLIĞI  
DERNEĞİ



# Türk Psikiyatri Dergisi

## Turkish Journal of Psychiatry

ISSN: 1300 – 2163 • E-ISSN: 2651-3463

CİLT | Volume 35 • YAZ | Summer 2024 • SAYI | Issue 2

### Türk Psikiyatri Dergisi

Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği tarafından yayınlanmaktadır.

www.turkpsikiyatri.com

Mart, Haziran, Eylül ve Aralık aylarında olmak üzere yılda 4 sayı yayınlanır.

*Four issues annually: March, June, September, December*

### Yayın Türü / Publication Category

Yaygın, Süreli, Bilimsel Yayın

### Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği adına Sahibi ve Sorumlu Müdürü

*Published by Turkish Association of Nervous and Mental Health*

**Koray Başar**

### Yayın Yönetmeni / Editor-in-Chief

**Yavuz Ayhan**

editor@turkpsikiyatri.com

### Bu Sayının Yayın Koordinatörü / Editorial Coordinator of this Issue

**Anıl Alp**

### Sekreter / Editorial Assistant

**Ali Koçak**

sekretery@turkpsikiyatri.com

### Yazışma Adresi / Corresponding Address

PK 175, Yenişehir 06442 Ankara

### Yönetim Yeri / Editorial Office

Kenedi Cad. 98/4, Kavaklıdere, Ankara, Türkiye

Telefon: (0-312) 427 78 22

Faks: (0-312) 427 78 02

### Reklam / Advertisements

Reklam koşulları ve diğer ayrıntılar için yayın yönetmeniyle ilişkiye geçilmesi gerekmektedir.

- Dergide yer alan yazılarda belirtilen görüşlerden yazarlar sorumludur. Yazılardan kaynak göstererek alıntı yapılabilir.

*Authors are responsible for the opinions reported in the articles. All rights reserved.*

- Türk Psikiyatri Dergisi'ne gelen bütün yazılar yazarların adları saklı tutularak bağımsız danışmanlarca değerlendirilir.

*All manuscripts submitted to the Turkish Journal of Psychiatry are assessed by independent referees anonymously.*

*Türk Psikiyatri Dergisi'nin tarandığı indeksler*  
SSCI, PUBMED/MEDLINE, PMC, ULAKBİM TR DİZİN, PSYCHINFO, TÜRK MEDLINE,  
TÜRKİYE ATIF DİZİNİ

*Turkish Journal of Psychiatry is indexed in*  
SSCI, PUBMED/MEDLINE, PMC, TUBITAK ULAKBİM TR INDEX, PSYCH-INFO, TURK MEDLINE,  
TURKIYE CITATION INDEX.

### Yayın Hizmetleri / Publishing Services

**BAYT Ltd. Şti.**

Ziya Gökalp Cd. 30/31, 06420 Kızılay, Ankara

Tel (0-312) 431 30 62, Faks: (0-312) 431 36 02

E-posta: info@bayt.com.tr

www.bayt.com.tr

### Ağ Tasarımı ve Çevrimiçi Yayıncılık Hizmetleri

**Seres Yazılım Ltd. Şti.** tarafından sağlanmaktadır.

### Grafik Tasarım / Graphic Design

**Mehmet Uluşahin**

**Çevrimiçi Erişim:** 5 Haziran 2024

## Yayın Kurulu

### Yayın Yönetmeni/ Editor in Chief

**Yavuz Ayhan**, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

### Onursal Yayın Yönetmenleri/ Honorary Editors

**M. Orhan Öztürk**, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Emekli Öğretim Üyesi, Ankara (1990-2023)

**N. Aylin Uluşahin**, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Emekli Öğretim Üyesi, İzmir

**Aygün Ertuğrul**, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

### Yardımcı Yayın Yönetmenleri / Associate Editors

**Sertaç Ak**, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Arda Bağcaz**, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Koray Başar**, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Halime Tuna Çak**, Serbest Hekim, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, Ankara

**Elçin Özçelik Eroğlu**, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Cengiz Kılıç**, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Lut Tamam**, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana

**Berna Uluğ**, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**İrem Yıldız**, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

### Bu Sayının Yayın Koordinatörü / Editorial Coordinator of this Issue

**Anıl Alp**, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

### Üyeler / Members

**Berna Binnur Kıvrırcık Akdede**, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

**Özlem Erden Aki**, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Kürşat Altınbaş**, Serbest Hekim, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, İstanbul

**Ömer Aydemir**, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Manisa

**Şule Bıçakcı**, Etlik Şehir Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

**İbrahim Emre Bora**, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

**Vesile Şentürk Cankorur**, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Burçin Çolak**, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Talat Demirsöz**, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Berge Engür**, Serbest Klinik Psikolog, Ankara

**Gamze Gürcan**, TOBB ETÜ Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Ahmet Gürcan**, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**İnci Özgür İlhan**, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Songül Kamışlı**, Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gerontoloji Anabilim Dalı, Çankırı

**Sevilay Karahan**, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

**A. Alp Karakaşlı**, Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çorum

**Semra Ulusoy Kaymak**, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara

**Emine Kılıç**, Serbest Hekim, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, İstanbul

**Emre Mutlu**, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Çağrı Ögüt**, T.C. Sağlık Bakanlığı Uşak İl Sağlık Müdürlüğü, Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uşak

**Bedriye Öncü**, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Suzan Özer**, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Halise Devrimci Özgüven**, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Gamze Özçürümez-Bilgili**, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Tahsin Rollas**, CIMH · Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Mannheim, Almanya

**Tuğba Taşdemir**, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Ebru Turgut**, T.C. Sağlık Bakanlığı Kastamonu İl Sağlık Müdürlüğü, Kastamonu Devlet Hastanesi, Kastamonu

**A. Elif Anıl Yağcıoğlu**, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Nevzat Yüksel**, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

## Amaç ve Kapsam

Türk Psikiyatri Dergisi (Turkish Journal of Psychiatry – Turk Psikiyatri Derg), Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği'nin (TSRSD) bilimsel yayınıdır. Mart, Haziran, Eylül ve Aralık aylarında olmak üzere yılda 4 sayı çıkmaktadır.

Türk Psikiyatri Dergisi, klinik psikiyatri, psikopatoloji, epidemiyoloji ve ruhsal sağaltımlar (psikoterapi, psikofarmakoloji ve diğer somatik tedaviler) ile ruhsal bozukluklarla ilişkili görüntüleme, nörofizyoloji ve genetik çalışmalar öncelikli olmak üzere çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları, psikoloji, psikiyatri hemşireliği alanlarındaki yazılara da yer veren hakem denetimli bir dergidir. Hedef kitlesi hekimler, ruh sağlığı alanında çalışan meslek mensupları (psikologlar, psikolojik danışmanlar, hemşireler, sosyal çalışmacılar...) ve psikiyatri araştırmacılarıdır.

Türk Psikiyatri Dergisi; PubMed, PubMed Central, Psych-Info, ULAKBİM TR-Dizin, Türk Medline, Türkiye Atıf Dizini'nde yer almakta ve 2005 yılından itibaren ise Social Science Citation Index'te (SSCI) dizinlenmektedir.

Dergide yayınlanmak üzere gönderilen yazılar yazar ve kurum bilgilerinden arındırılmış bir şekilde bağımsız hakem denetimine tabi tutulur. Dergiye gönderilen yazıların daha önce herhangi bir yerde yayınlanmamış olması ya da yayımlanmak üzere değerlendirme sürecinde olmaması gereklidir. Hakem sürecinden sonra kabul edilen makaleler İngilizce ve Türkçe olarak çevrimiçi yayınlanır. Tüm yazılar <https://www.turkpsikiyatri.com/submission> adresindeki çevrimiçi yayıncılık sistemi kullanılarak dergiye gönderilmelidir. Dergi kurallarına ve yazım süreci hakkında ayrıntılı bilgiye <https://www.turkpsikiyatri.com/yazarlaraBilgi> adresinden ulaşılabilir.

Türk Psikiyatri Dergisi, 1 Mart 2022 tarihi itibarı ile gönderilen özgün araştırma, derleme ve olgu sunumu türündeki yazılardan, hakem değerlendirmesi sonucunda yayına kabul edilmesi durumunda 300 USD yayın ücreti tahsil etmektedir.

Dergide yer alan yazılarda belirtilen görüşlerden yazarlar sorumludur. Yayımlanan içeriğin tüm telif hakları Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği'ne aittir. Yazılardan kaynak gösterilerek alıntı yapılabilir. Türk Psikiyatri Dergisi açık erişimli bir dergidir. Bugüne kadar yayımlanmış sayılara <https://www.turkpsikiyatri.com/arsiv> adresinden ulaşılabilir.

P-ISSN: 1300-2163, E-ISSN: 2651-3463

Mart 2023 sayısından itibaren TPD yalnız çevrimiçi yayımlanacağı için E-ISSN sayısı geçerli olacaktır.

Reklam: Dergide tıbbi ilaç, malzeme ve cihaz üreticilerinin tanıtımlarını içerir görseller, duyurular yayımlanabilir. Koşullar ve diğer ayrıntılar için Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yönetim Kurulu ile iletişime geçilmesi gerekmektedir.

Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği web sayfası: <http://tsrds.org/>



## Yazarlara Bilgi

Türk Psikiyatri Dergisi, öncelikle klinik psikiyatri olmak üzere davranış bilimleri alanındaki çalışmalara yer verir.

### EDİTORYAL VE YAYIN POLİTİKASI

Derginin editoryal ve yayın süreçleri International Council of Medical Journal Editors (ICMJE), World Association of Medical Editors (WAME), Council of Science Editors (CSE), Committee on Publication kılavuzlarına göre şekillenmektedir. Dergi yayın politikaları Etik (COPE), Avrupa Bilim Editörleri Birliği (EASE), Amerikan Ulusal Bilgi Standartları Organizasyonu (NISO), Bilimsel Yayıncılıkta Şeffaflık ve En İyi Uygulama İlkelerine (doaj.org/bestpractice) uygundur.

Özgünlük, yüksek bilimsel kalite ve atıf potansiyeli bir makalenin yayına kabul edilmesindeki en önemli kriterlerdir. Değerlendirme için gönderilen yazıların daha önce sunulmamış, elektronik veya basılı bir ortamda yayınlanmamış olması gerekir. Başka bir dergiye değerlendirilmek üzere gönderilen ve yayımlanması reddedilen yazılar dergiye bildirilmelidir. Önceki hakem raporlarının sunulması, değerlendirme sürecini hızlandıracaktır. Bir toplantıda sunulan yazılar, organizasyonun adı, tarihi ve yeri dahil olmak üzere organizasyon hakkında ayrıntılı bilgi ile birlikte sunulmalıdır.

Başvuran yazar, çalışmanın yazarları hakkındaki bilgilerden ve sıralamanın doğruluğundan sorumludur. Yazar olmak için gerekli nitelikleri lütfen <https://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/> adresinden kontrol ediniz. Çalışmayı destekleyen ya da çalışma ile ilgili danışılan kişilerin adları, gerekiyorsa, teşekkür bölümünde anılmalıdır. Araştırma yazılarında çalışmanın yapıldığı kurum belirtilmelidir.

Yayınlanmak üzere gönderilen yazıların araştırma ve yayın etiğine uygun olmaları gereklidir. Araştırma yazılarında Etik Kurul onayına ilişkin bilgiler bulunmalıdır.

Yayınlanması düşünülen yazıların eleştiri ve öneriler doğrultusunda gözden geçirilmesi yazarlardan istenebilir. Yazarların onayı alınmak koşulu ile yayın kurulunca yazılarda değişiklik yapılabilir.

### HAKEM DEĞERLENDİRME SÜRECİ

Türk Psikiyatri Dergisi'ne gönderilen yazılar çift-kör hakemlik sürecinden geçecektir. Tarafsız bir değerlendirme süreci sağlamak için her başvuru, alanında uzman en az iki bağımsız hakem tarafından incelenecektir. Editörler veya derginin yayın kurulu üyeleri tarafından gönderilen yazılar kendilerinden tamamen bağımsız bir süreç ile değerlendirilir. Editör, tüm gönderiler için karar verme sürecindeki nihai otoritedir.

### ÜRETİM SÜRECİ

Kabul edilen tüm yazılar, kopya düzenleme ve düzeltme işlemlerinin yapıldığı üretim platformumuza aktarılacaktır. Makalenin PDF'si oluşturulduğunda sorumlu yazara kontrol için bir e-posta gönderilecek, yazarın kendisine ulaşan PDF üzerinde gerekli düzeltmeleri yaparak 2 gün içinde bize ulaştırması istenecektir. Makale ön yayın sürecinde önemli değişiklikler ancak editoryal karar ile uygulanacaktır.

### ETİK PROSEDÜRLER

Deneyssel, klinik vb. bilimsel araştırmalar, ilaç çalışmaları ve gerekli hallerde vaka bildirimlerinin uluslararası anlaşmalara (World Medical Association Declaration of Helsinki "Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects," Ekim 2013'te tadil edilmiştir, [www.wma.net](http://www.wma.net)) uygun şekilde Etik Kurul tarafından onaylanması gerekmektedir. Gerekirse yazarlardan etik kurul raporu

veya eşdeğeri bir resmi belge istenecektir. İnsanlar üzerinde yapılan deneyssel araştırmalarla ilgili yazılar için, hasta ve gönüllülerin yazılı bilgilendirilmiş onamlarının, maruz kalabilecekleri prosedürlerin ayrıntılı bir şekilde açıklanmasının ardından etik kurul belgesi alındığını gösteren bir ifade ve etik kurul ile ilgili detaylar (sayı, tarih, kurul ismi gibi) yazıya eklenmelidir. Olgu sunumlarında bilgileri sunulan kişinin ya da gerekli hallerde kişinin yasal vasisinin onamının alındığına dair bilgi yer almalıdır.

### İNTİHAL / BENZERLİK DURUMU

Türk Psikiyatri Dergisi intihal konusunda son derece hassastır. Tüm gönderimler, hakem değerlendirmesi ve/veya üretim süreci sırasında herhangi bir noktada bir benzerlik tespit yazılımı (iThenticate CrossCheck) tarafından taranır. İfadelerin veya cümlelerin yazarı siz olsanız bile, metin daha önce yayınlanmış verilerle kabul edilemez bir benzerliğe sahip olmamalıdır.

İntihal, alıntı manipülasyonu ve veri tahrifatı/uydurma gibi iddia edilen veya şüphelenilen araştırma suiistimali durumunda, Yayın Kurulu COPE yönergelerini izleyecek ve buna göre hareket edecektir.

### YAZARLIK KRİTERLERİ

ICMJE, yazarların aşağıdaki dört kriteri karşılmasını önermektedir:

1. Çalışmanın konseptine/tasarımına; ya da çalışma için verilerin toplanmasına, analiz edilmesine ve yorumlanmasına önemli katkı sağlamış olmak; VE
2. Yazı taslağını hazırlamış ya da önemli fikrinsel içeriğin eleştirel incelemelerini yapmış olmak; VE
3. Yazının yayından önceki son halini gözden geçirmiş ve onaylamış olmak; VE
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.

### ÇIKAR ÇATIŞMASI BEYANI

Türk Psikiyatri Dergisi, gönderilen makalelerin değerlendirme sürecinde yer alan yazarların ve bireylerin, potansiyel önyargıya veya çıkar çatışmasına yol açabilecek mali, danışman ve kurumsal dahil olmak üzere mevcut veya potansiyel çıkar çatışmalarını ifşa etmesini zorunlu kılar. Gönderilen bir çalışma için kişi veya kurumlardan alınan herhangi bir mali hibe veya diğer destekler Yayın Kurulu'na bildirilmelidir. Potansiyel bir çıkar çatışmasını ifşa etmek için, ICMJE Potansiyel Çıkar Çatışması Bildirim Formu katkıda bulunan tüm yazarlar tarafından doldurulmalı ve gönderilmelidir. Derginin Yayın Kurulu, COPE ve ICMJE yönergeleri kapsamında editörlerin, yazarların veya hakemlerin olası çıkar çatışması durumlarını çözer.

Derginin Yayın Kurulu, tüm itiraz ve şikayet davalarını COPE yönergeleri kapsamında ele alır. Bu gibi durumlarda yazarlar, itiraz ve şikayetleri ile ilgili olarak yazı işleri ofisi ile doğrudan iletişime geçmelidir. Gerektiğinde, dahili olarak çözülemeyen iddiaları çözmek için bir ombudsman atanabilir. Baş Editör, tüm itiraz ve şikayetler için karar verme sürecindeki nihai otoritedir.

### MAKALE İŞLEME ÜCRETİ

Gönderilen yazı ile ilgili gelişmeler yazarların e-posta adresine bildirilir. Dergi, 1 Mart 2022 tarihinden itibaren gönderilen ve bilimsel değerlendirme sonucunda yayına kabul edilen editöre mektup hariç diğer tüm makaleler için 300 USD makale işleme ücreti (APC) almaktadır.

Bir makale için üçüncü taraflardan alınan herhangi bir mali katkı veya destek, ilk gönderim sırasında açıklanmalıdır. APC'ye yazar veya yazarın kurumu dışında bir üçüncü şahıs tarafından ödeme yapılması durumunda, yazarlar bu bilgiyi başlık sayfasında ve ICMJE Bilgilendirme Formunda belirtmelidir.

Yazar ücretleri veya feragat durumu, editöryal kararı etkilemez. Tüm gönderiler, Yayın Kurulu ve dış hakemler tarafından bilimsel kalite ve etik standartlar açısından değerlendirilir. APC ödemelerinin makalenin değerlendirme sonucu ve/veya yayın önceliği üzerinde herhangi bir etkisi yoktur.

## SORUMLULUK REDDİ

Türk Psikiyatri Dergisi'nde yayınlanan yazılarda ifade edilen ifadeler veya görüşler, editörlerin, yayın kurulunun veya yayıncının görüşlerini değil, yazar(lar)ın görüşlerini yansıtır; editörler, yayın kurulu ve yayıncı bu tür materyaller için herhangi bir sorumluluk veya yükümlülük kabul etmez. Yayınlanan içerikle ilgili nihai sorumluluk yazarlara aittir.

## MAKALE HAZIRLAMA

Makaleler, ICMJE-Tıp Dergilerinde Bilimsel Çalışmanın Yürütülmesi, Raporlanması, Düzenlenmesi ve Yayınlanması İçin Öneriler'e (Mayıs 2022'de güncellendi - <https://www.icmje.org/recommendations/>) uygun olarak hazırlanması önerilmektedir. Yazarların makalelerini hazırlarken randomize araştırma çalışmaları için CONSORT yönergelerine, gözleme dayalı orijinal araştırma çalışmaları için STROBE yönergelerine, teşhis doğruluğuna ilişkin çalışmalar için STARD yönergelerine, sistematik derlemeler ve meta-analiz için PRISMA yönergelerine, deneysel hayvan çalışmaları için ARRIVE yönergelerine uygun olarak makale hazırlamaları gerekmektedir, ve rastgele olmayan kamu davranışı için TREND yönergelerine başvurması önerilir.

## Yayına Başvuru

Türk Psikiyatri Dergisi'nde yayınlanması istenen yazılar çevrimiçi (online) olarak gönderilmelidir. Çevrimiçi yazılar [www.turkpsikiyatri.com](http://www.turkpsikiyatri.com) adresindeki çevrimiçi bağlantısından yüklenir.

Dergiye gönderilen makaleler, önce yazı işleri ofisi personelinin makalenin derginin yönergelerine uygun olarak hazırlanıp gönderildiğinden emin olacağı teknik bir değerlendirme sürecinden geçecektir.

Yazarların aşağıda belirtilen formları göndermeleri gerekmektedir:

- Yayın Hakkı Devir Formu ve
- İlk gönderim sırasında ICMJE Potansiyel Çıkar Çatışması Bildirim Formu <https://www.icmje.org/disclosure-of-interest/> (katkıda bulunan tüm yazarlar tarafından doldurulmalıdır). Bu formlar [www.turkpsikiyatri.com](http://www.turkpsikiyatri.com) adresinden makale başvurusu yapılırken ilgili sayfadan indirilebilir.

## Yayın Dili

Türk Psikiyatri Dergisi Bahar 2023 sayısından itibaren yalnız çevrimiçi yayımlanmaktadır. Dergide makaleler İngilizce ve Türkçe yayınlanır. Türkiye içinden gönderilen makalelerin Türkçe olması gerekmektedir.

Değerlendirme süreci tamamlanan ve yayına kabul edilen Türkçe makalelerin İngilizce çevirilerinin yazarlar tarafından gönderilmesi gerekmektedir. Makalenin uluslararası alanyazında doğru anlaşılabilmesi için İngilizce dil yeterliği konusunda emin olunmalıdır. Yayın kurulu gerekli hallerde çeviri tekrarını isteyebilir ya da çeviren tercümanın yetkinliğine dair belge talebinde bulunabilir. Yazıların çevrimiçi yayımlanabilmesi için Türkçe ve İngilizce metinlerin hazır hale gelmesi gerekmektedir.

Yurtdışı adresli yazılar Türkçe veya İngilizce olarak gönderilebilir. Yayına kabul edilen İngilizce makalelerin Türkçe çevirileri profesyonel çevirmenlerce Dergi tarafından yapılmaktadır.

## Yayının Özgünlüğü

Türk Psikiyatri Dergisine gönderilen yazıların daha önce yayınlanmamış olması, başvuru esnasında başka bir dergide yayın için değerlendirilmiyor olması ya da yayın için kabul edilmemiş olması gereklidir. Yalnız bildiri özetleri basılan toplantı sunumları tam metin makale halinde Dergide yayımlanabilir. Böyle bir durumda yazarlar makale başvurusu esnasında makalede sunulan verinin daha önce kısmen ya da bütünüyle hangi toplantıda sunulduğunu belirtmelidir. Yukarıdaki hususlarla ilgili Dergi yetkilileri bilgi ya da belge isteyebilir.

## MAKALE TİPLERİ

### 1. Araştırma Yazıları

Bilimsel yöntem ve kurallara uygun olarak yapılmış araştırmaların bildirileri bu bölümde yer alır.

### 2. Gözden Geçirme Yazıları

En yeni bilgileri kapsamlı olarak gözden geçiren ve tartışan yazılar bu bölümde yayınlanır. Bu bölüm anlatı tarzı gözden geçirmeleri ve uzman görüşlerini yansıtan yazıları içermektedir. Sistemli gözden geçirmeler ve metaanalizler yayın kurulunun kararına bağlı olarak bu bölümde veya araştırma yazıları arasında yer alabilir.

### 3. Olgu Sunumları

İlgili klinik olguların sunumları yer alır. Bu yazıların çift aralıklı Times New Roman karakterinde 12 punto 10 sayfayı geçmemesi gerekir.

### 4. Dil Sorunları

Psikiyatri alanındaki dil tartışmaları bu başlık altında yayınlanır.

### 5. Editöre Mektup

Bu bölümde Dergi'de yer alan değişik konularda tartışma forumu oluşturabilecek mektup ve görüşler yayınlanır. Editör önerisi ve yazarların onayı ile kısa vaka tartışmaları editöre mektup olarak basılabilir.

### 6. Kitap Tanıtımı

İlgili alanlarda yayınlanmış kitapların tanıtım ve eleştirisini içeren yazılar bu bölümde yer alır. Kitap tanıtımları davet üzerine gerçekleştirilmektedir.

## BAŞLIK SAYFASI

Tüm gönderilerle birlikte ayrı bir başlık sayfası sunulmalı ve bu sayfa şunları içermelidir:

- Makalenin tam başlığı ve 50 karakterden uzun olmayan kısa bir başlık (akan başlık),
- Yazar(lar)ın isimleri, bağlı oldukları kurumlar, en yüksek akademik derece(ler) ve ORCID kimlikleri,
- Hibe bilgisi ve diğer destek kaynakları hakkında detaylı bilgi,
- Sorumlu yazarın adı, adresi, telefonu (cep telefonu numarası dahil) ve e-posta adresi,
- Makalenin hazırlanmasında emeği geçen ancak yazarlık kriterlerini karşılamayan kişilere teşekkür.

## YAYIN FORMATI

Yazılar kolay anlaşılır olmalı, yabancı sözcüklerin Türkçe karşılıkları kullanılmalı, alışılmamış sözcüklerin yabancı dildeki karşılıkları ilk kullanımlarında ayrıç içinde verilmelidir. Yazı içinde geçen ilaçların ticari adları yerine jenerik (etken madde) adları Türkçe okunduğu biçimiyle verilmelidir.

1. **Yazılarının uzunluğu**, şekil ve tablolar dahil Times New Roman karakterinde 12 puntoda çift aralıklı 20 sayfayı geçmemelidir. Danışman ve Yayın kurulu önerileri doğrultusunda bu uzunluk değişebilir. Yazılara en az 150 en çok 200 sözcükten oluşan Türkçe, en az 230 en çok 250 sözcükten oluşan İngilizce özet eklenmelidir. Araştırma yazılarının Türkçe ve İngilizce özetleri şu alt başlıklar ile yazılmalıdır: **Amaç** (Objective), **Yöntem** (Methods), **Bulgular** (Results), **Sonuç** (Conclusion).
2. Yazılarda ilk iki sayfada sırayla Türkçe ve İngilizce özet yer almalıdır. Özetlerin başına yazının Türkçe ve İngilizce başlığı, sonuna ise 3-6 anahtar sözcük konmalıdır. Türkçe anahtar sözcükler <http://www.bilimterimleri.com> adresinden, İngilizce anahtar sözcükler ise <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh> adresinden seçilmelidir. Özet sayfalarından sonraki sayfalar numaralandırılmalıdır. Başvurularda yazının eklendiği dosyada yazar adı ve adresi bulunmamalıdır.
3. Yazılarda dipnot kullanılmamalı, açıklamalar yazı içinde verilmelidir.
4. **Şekil ve tablolar** ayrı bir sayfada yer almalıdır. Şekil ve görsellerin kalitesi 300 dpi kalitesinde tiff veya jpeg formatında olmalıdır. Tablolarla ilgili başlık ve bilgiler tablonun verildiği sayfada yer almalıdır. Metin içinde de şekil ve tabloların yerleri gösterilmelidir.
5. **Kaynaklar** metin içinde yazarların soyadı ve yazının yayın tarihi ile belirtilmeli, yazar ve tarih arasında virgül konmamalıdır. İkiden fazla yazar varsa birinci yazarın soyadı “ve ark.” ibaresiyle verilmeli, iki yazar varsa her ikisi de belirtilmelidir.  
**Örnekler:** Bu konuda yapılan bir çalışmada (Crow 1983)..., Crow ve Snyder (1981) şizofreni konusunda..., ...ilgili çalışmalar (Snyder ve ark. 1982)..., ...bir çalışmada (Crow ve Snyder 1981)...  
Aynı yazarın aynı yıla ait değişik yayınları ise (Freud 1915a), (Freud 1915b) şeklinde belirtilmelidir. Aynı noktada birden çok kaynak belirtileceği zaman kaynaklar aynı araç içinde, birbirinden virgül ile ayrılarak verilmelidir. Örnek: (Crow 1981, Snyder 1980); (Crow 1981, Snyder ve ark. 1970)
6. Metin sonunda kaynaklar ayrı bir liste olarak alfabetik sıra ile verilmelidir. Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve ad(lar)ının baş harf(ler)i arada nokta ya da virgül olmadan belirtilmelidir. Bir kaynaktan üçten çok yazar varsa üçüncü yazardan sonra “ve ark.” ibaresi yer almalıdır. Bunların ardından kaynağın basım tarihi ayrıca içinde verilmelidir.
  - a) **Kaynak bir makale ise** tarihin ardından makalenin tam adı, yayımlandığı derginin adı (Index Medicus'taki kısaltmalardan yararlanılmalıdır), cilt no (cilt no belirtilmemişse, ayrıca içinde sayı no) ve sayfa numaraları yazılmalıdır.  
Winokur G, Tsuang MT, Crowe RR (1982) The Iowa 500: affective disorder in relatives of manic and depressed patients. Am J Psychiatry 139: 209-12.
  - b) **Bir derginin ek sayısı (supplementum) kaynak gösterileceği zaman;**  
Kozkas HG, Homberg LK, Freed GD ve ark. (1987) A pilot study of MAOIs. Acta Psychiatr Scand 63 (Suppl. 290): 320-8.
  - c) **Kaynak bir kitap ise** yazar(lar)ın adı ve basım tarihinden sonra kitabın adı, -birden çok basımı varsa- kaçınıcı basım olduğu, basım yeri, basımevi ve sayfası belirtilmelidir. Kitap bir çeviri ise çeviren(ler)in adı verilmelidir.  
Mark IMJ (1987) Fears, Phobias and Rituals. New York, Oxford University Press, s. 97.
  - d) **Kaynak çok yazarlı bir kitabın bölümü ya da bir makalesi ise** bölümün ya da makalenin yazarı, tarih, bölümün ya da

makalenin adı, kitabın adı, kaçınıcı basım olduğu, cildi, kitabın editörleri, basım yeri, basımevi ve sayfaları yazılmalıdır.

Meltzer HY, Lowy MT (1986) Neuroendocrine function in psychiatric disorders. American Handbook of Psychiatry, 2. Baskı, cilt 8, PA Berger, HKH Brodie (Ed), New York, Basic Books Inc, s. 110-7.

- e) **Sadece Internet üzerinden yayımlanan bir dergide** (genellikle cilt ve dergi sayıları, sayfa numaraları yoktur) yer alan makale kaynak olarak gösteriliyorsa:

1. Tam yayın tarihi kullanılmalıdır.
2. Makaleye doğrudan ulaşım adresi ve indirilen tarih verilmelidir.

Frederickson BL (2000, Mart 7). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. Prevention & Treatment 3, Makale 0001a. 20 Kasım 2000'de <http://journals.apa.org/prevention/volume3/pre003000-1a.html> adresinden indirildi.

7. Kaynakların doğruluğundan yazar(lar) sorumludur. Doğrudan yararlanılmayan ya da başka kaynaklardan aktarılmış kaynaklar belirtilmemeli, basılmamış eserler, kişisel haberleşmeler, Medline taramalarından ulaşılan makalelerin özetleri kaynak gösterilmemelidir.

- f) **Türkçeye çevrilmiş kitap ve dergileri kaynak gösterirken:**

1. Hangi kaynaktan yararlanıldıysa kaynak olarak o gösterilmelidir (Türkçesi veya aslı).
2. Türkçeye çevrilmiş kitaplar aşağıdaki şekilde kaynak gösterilmelidir.

Wise MG, Rundel JR (1994) Konsültasyon Psikiyatrisi (Çev.: TT Tüzer, V Tüzer). Ankara, Compos Mentis Yayınları, 1997, s. 15-30. Metin içinde “Wise ve Rundel (1994)” şeklinde verilmelidir.

#### Sık kullanılan çeviri kaynaklara örnekler:

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV) (Çev. ed.: E Köroğlu). Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1995.

Metin içinde “Amerikan Psikiyatri Birliği (1994)” şeklinde belirtilmelidir.

Dünya Sağlık Örgütü (1992) ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması (Çev. ed.: MO Öztürk, B Uluğ, Çev.: F Çuhadaroğlu, İ Kaplan, G Özgen, MO Öztürk, M Rezaki, B Uluğ). Ankara, Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, 1993.

Metin içinde “Dünya Sağlık Örgütü (1992)” şeklinde yer almalıdır.

#### REVİZYONLAR

Yazar, bir makalenin revize edilmiş bir versiyonunu gönderirken, hakemler tarafından öne sürülen her bir konunun nasıl ele alındığını ve nerede bulunabileceğini (her hakemin yorumu ve ardından yazarın cevabı ve değişikliklerin yapıldığı satır numaraları) ve ayrıca ana belgenin açıklamalı bir kopyasını düzeltilmiş yazılar ile göndermelidir. Yazar(lar) ek süre gerektiğine inanıyorsa, ilk 30 günlük süre dolmadan bu uzatmayı talep etmelidir. Makalenin revize edilmiş hali verilen süre içinde gönderilmezse revizyon seçeneği iptal edilebilir.

Kabul edilen makaleler, dilbilgisi, noktalama işaretleri ve format için profesyonel dil editörleri tarafından kontrol edilir. Kabul edilen yazının düzenlenmiş son PDF formatı ilgili yazara gönderilir ve PDF'nin kendisine ulaşmasından itibaren 2 gün içinde yayın onayı istenir. Yayın onayı almış makaleler, planlanan sayıda yayınlanmadan önce derginin web sayfasında ön yayın olarak çevrimiçi yayınlanır.



## İçindekiler | Contents

## Önyazı | Editorial

- 85 **Psikiyatri Meslek Etiği İlke ve Kuralları**  
*The Principles and Rules of Professional Ethics in Psychiatry*  
Gonca AŞUT

## Araştırma Yazıları | Research Papers

- 87 **Suriye Kökenli Sığınmacıların Ruh Sağlığı Hizmetlerine Ulaşmasını Engelleyen Etmenler: Karma Yöntemli Bir Çalışma**  
*Barriers to Accessing Mental Health Services Among Syrian Refugees: A Mixed-Method Study*  
Cengiz KILIÇ, Edip KAYA, Özge KARADAĞ, Sarp ÜNER
- 95 **Keşmir'de Psikiyatrik Bozuklukların Tedavisine Yönelik Sevk Yolları - Hindistan'dan Bir Çalışma**  
*Referral Network Pathways of Care for Psychiatric Disorders in Kashmir – A Study from India*  
Shoib SHEIKH, Mohd Saleem SHEIKH, Mohammed Shaiful Islam SHEIKH
- 102 **Şizofreni Hasta ve Yakınlarıyla Yapılan Sanatla Terapi ve Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitiminin Hastalık Belirtileri ve Sosyal İşlevsellik Üzerine Etkileri**  
*The Effects of Art Therapy and Psychosocial Skills Training on Symptoms and Social Functioning in Patients with Schizophrenia and Their Relatives*  
Aslı SARANDÖL, Rümeysa Ayşe GÜLLÜLÜ, İlknur KİRAZ AVCI, Eralp TÜRK, Salih Saygın EKER
- 116 **Bariatrik Cerrahi Aday Hastalarının Çocukluk Çağı Travmaları ile Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Yeme Tutumları Arasındaki İlişki**  
*The Relationship Between Childhood Trauma and Body Image, Self-Esteem and Eating Attitudes in Patients undergoing Bariatric Surgery*  
Ziya BERBEROĞLU, Çiçek HOCAOĞLU
- 127 **Sağlık Kaygısı Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Anketi (ÜBA-SK) Türkçe Formunun Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması**  
*The Adaptation, Validity and Reliability Study of Turkish Metacognitive Beliefs about Health Anxiety Questionnaire (MCQ-HA)*  
Sıdar KIRAN, Advıye Esin YILMAZ

## Gözden Geçirme | Review Article

- 137 **Çocuk ve Ergenlerde Borderline Kişilik Özelliklerinin Gelişiminde Etiyopatogenez**  
*Etiopathogenesis in the Development of Borderline Personality Characteristics in Children and Adolescents*  
Onat YETİM, Özhan YALÇIN

## Olgu Sunumu | Case Report

- 150 **Lityum Nörotoksitesine İkincil Gelişen Katatoni Vakası: Bir Olgu Sunumu**  
*Catatonia Due to Lithium Neurotoxicity: A Case Report*  
Anıl ALP, Tahsin ROLLAS, Elçin ÖZÇELİK EROĞLU, M. İrem YILDIZ, A. Elif ANIL YAĞCIOĞLU, Berna Diclener ULUĞ
- 156 **Olgu Sunumu: Tourette Sendromunda İkinci Düzey Kontrast Duyarlılığı**  
*Case Report: Second-order Contrast Sensitivity in Tourette Syndrome*  
Otávio Corrêa PÍNHO, Marcelo Fernandes da COSTA, Givago da Silva SOUZA

## Mektup | Letter

- 162 **Deprem Görünmeyen Etkisi: Afetzedelerin Ruh Sağlığına İlişkin Destek**  
*The Hidden Toll of Earthquakes: Addressing The Mental Health Needs of Survivors*  
Saim AMİR, Momina Javaid AWAN, Muhammad EHSAN, Zainab MEHDI, Haseeba JAVED, Muhammad AYYAN, Muhammad Youshay JAWAD



## Psikiyatri Meslek Etiği İlke ve Kuralları

### *The Principles and Rules of Professional Ethics in Psychiatry*



Gonca AŞUT

**K**uruluş tarihi olan 1995'ten beri "Bilim, Etik ve Dayanışma" ilkeleri ile hareket eden ve psikiyatrinin mesleki uygulamalarında etik sınırların gözetilmesi görevini kararlılıkla sürdüren Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD), 21 Nisan 2024'te yapılan TPD 21. Olağan Genel Kurulu'nda uzun süredir üzerinde çalışılan güncellenmiş etik ilkeler metnini kabul etti. 22 Haziran 2002 tarihinde Derneğimizin 1. Olağanüstü Genel Kurulu'nda kabul edilmiş ilk Etik İlkeler metnimiz böylece yirmi iki yıl sonra ve iki yıla yakın bir çalışma süreci ile güncellenmiş oldu.

Uluslararası psikiyatri birlikleri tarafından (WPA, EPA, RANCZP, RCPsych, IMPHJ) düzenlenmiş olan etik ilkelere ilişkin tüzel metinler, çağımızın gerekliliklerine ve mesleki pratikte yaşanan değişimlere uyum sağlamak amacıyla yakın zamanlarda güncellenmişti. Ülkemizde de Türkiye Psikiyatri Derneği tarafından 2002 yılında kabul edilen Ruh Hekimliği (Psikiyatri) Meslek Etik Kuralları metninin, mesleki uygulama yöntemlerinin, insanlar arası etkileşimin ve toplumsal normların sürekli değişen özelliklerini yansıtacak şekilde güncellenmesi ihtiyacı bulunmaktaydı. Bu amaçla TPD Psikiyatride İnsan Hakları ve Etik Çalışma Birimi, Ruh Hekimliği Meslek Etik Kurallarının güncellenmesi için 2021 yılında çalışmalara başladı ve ilk olarak TPD Etik İlkeleri Güncelleme Görev Grubu (Ayşe Ceren Kaya, Ayşegül Yay, Berna Diclennur Uluğ, Gonca Aşut, İbrahim Fuat Akgül, Raşit Tükel ve Simavi Vahip) oluşturuldu.

TPD Etik İlkeleri Güncelleme Görev Grubu 1 Mart 2022'de EPA (Avrupa Psikiyatri Birliği) Etik Komitesinden Rutger van der Gaag ve Jan Wise'in yer aldığı bir webinar ve 27 Mart 2022'de yedi çalışma grubunun yer alacağı bir çalıştay

planlayarak sürece başladı. Tıp Etiği alanından Abdullah Yıldız, Berna Arda, Cemal Güvercin, Cumhur İzgi, Gürkan Sert, Şükrü Keleş ve Yasemin Yalın'ın katkıları ile gerçekleştirilen çalıştayda yapıcı ve zenginleştirici tartışmalarla başlayan grup çalışmaları, çalıştay sonrasında bir aydan uzun süre devam etti. Yedi başlık ile tanımlanan alt gruplar şunlardı: 1. 'Hastalar ve aileleri ile hekim arasındaki ilişkiler', 2. 'Telepsikiyatri ve psikoterapiler', 3. 'Meslektaşlar, psikiyatristler ve diğer disiplinlerden ruh sağlığı çalışanları arasındaki ilişkiler', 4. 'Sağlık endüstrisi ile ilişkiler', 5. 'Psikiyatristin araştırma yapması ve araştırmalardan yayın yapma süreci', 6. 'Psikiyatride- internet, sosyal medya ve tüm yayın ortamlarında (TV, gazete, dergi, kitap, vb.)- bilgi aktarımı ve tanıtım faaliyetleri ve toplum bilgilendirmesi' ve 7. 'Psikiyatri ve insan hakları'. Bu çalışma grupları etik ilkelerin güncellenmesi konusunda uluslararası psikiyatri derneklerinin etik kurallarını da inceleyerek kendi konularında taslak metinler hazırladılar.

Grupların son halini verdikleri taslak metinler TPD Etik İlkeleri Güncelleme Görev Grubu'na iletili ve 27 Haziran 2022 tarihinden itibaren görev grubu bu metinleri hem biçim hem de içerik açısından ayrıntılı olarak değerlendirip ilgili maddeleri ve başlıkları bir araya getirerek bir taslak metin oluşturdu. Görev Grubunun aylık toplantılarıyla süren bir yılın sonunda, 18 Haziran 2023'te TPD Etik İlkeleri Güncelleme Toplantısı'nda bu taslak metin ilk çalıştayın katılımcılarının yer aldığı bir toplantıda tartışmaya açıldı. Gelen önerilerle bir kez daha düzenlenen güncellenmiş Etik Kurallar metninin nihai taslağı Ekim 2023'te 59. Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde bir toplantıyla meslektaşlarımızla paylaşıldı ve yapılan katkılarla metin TPD Genel Kuruluna onaylanması için sunulmadan önce bir kez daha zenginleştirildi. Dil, biçim

**Geliş Tarihi:** 20.05.2024, **Kabul Tarihi:** 23.05.2024, **Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 27.05.2024

Öğr. Gör., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Ankara, Türkiye.

**Dr. Gonca Aşut, e-posta:** goncaasut@hotmail.com

ve içerik açısından yapılan incelemelerle Etik İlke ve Kurallar metninin dil birliği taşıması, tüm düzeylerdeki uygulayıcıları kapsaması ve etik sorumlulukların özünü eksiksiz biçimde ifade etmesi sağlandı. Meslek Etiği İlke ve Kuralları metni şu ifadelerle başlamaktadır:

TPD, üyelerinin sürekli eğitimi ve sürekli mesleki gelişimi, psikiyatri hizmetlerinin niteliğinin yükseltilmesi ve geliştirilmesi, hasta ve hasta yakınlarının savunuculuğu ve her yönden desteklenmesi ve toplumun bilgilendirilmesi için çalışır. Tüm bu amaçlar doğrultusunda yerel ve merkezi karar vericiler ve yöneticilerle birlikte yapılan çalışmalara katılma sorumluluğunu üstlenir.

TPD, bu çalışmaların tümünü en yüksek etik standartları sağlayarak yürütür. Psikiyatri Meslek Etiği İlke ve Kuralları, bu standartların psikiyatri hekimlerine ve topluma bildirimidir. Psikiyatri Hekimliği Meslek Etiği İlke ve Kuralları, uluslararası sözleşmeler, bildirimler ve başta hekimlik etik ilkeleri olmak üzere ulusal ve uluslararası etik ilke ve kuralları temel alır, düzenli olarak gözden geçirilir ve güncellenir.

Türkiye Psikiyatri Derneği Psikiyatri Meslek Etiği İlke ve Kuralları, bu Giriş bölümünün ardından beş ana bölümü kapsamaktadır: 1. Genel İlkeler, 2. Hasta Hakları ve Hekim-Hasta İlişkileri, 3. Meslektaşlar Arası İlişkiler, 4. İnsan Hakları ve 5. Tıbbi Araştırmalar ve Yayın Etiği. Güncellenmiş metinde bir önceki metinde yer almayan, fakat son yirmi yılda değişen koşullar nedeniyle önem kazanan ve eksik kalmaması gereken alt başlıklar da kapsanmış ve detaylı biçimde açıklanmıştır. Yeni eklenen bu alanlar şunlardır: 'Psikoterapiler', 'Telepsikiyatri', 'Meslektaşlarının Hastalığı', 'Eğitim ve Denetim-Gözetim Sorumluluğu', 'İnsan Haklarına Saygı Gösterme, Ayrımcılık ve Damgalamanın Karşısında Olma', 'Toplumsal Cinsiyete Duyarlılık', 'Herkes İçin Nitelikli ve Erişilebilir Sağlık Hakkı' ve 'Onurlu Ölme Hakkı'.

Önceki Etik Kurallar tüzel belgemizde yer alan bazı maddelerin ise içeriklerinde önemli güncellemeler yapılmıştır. Türk Psikiyatri Dergisi Ön Yazısı bağlamında Beşinci Bölümün son alt başlığı olan Yayın Etiği alanındaki güncellemelere bakılacak olursa, değişen koşullarla birlikte yeni konuların ortaya çıktığı ve yeni ilke ve kuralların tanımlanması gereğinin olduğu görülmektedir. 2002 tüzel metninde yer alan, bu konudaki tek madde günümüzde geçerliliğini korumakla birlikte genişletilmeye gereksinim göstermiştir: "Hekim, araştırma verilerini değerlendirirken ve yayına hazırlarken bilimsel gerçekleri yansıtmalıdır. Çalışmaya fiilen katılmamış kişilerin adları o yayında yer alamaz. Kaynak göstermeden ve izin almadan başkalarına ait veriler, olgular ve yazılı eserler kullanılmamalıdır." şeklindeki önceki madde yeni metinde, örneğin yağmacı dergilerin farkında olma ve bunlarda yayın yapmama, araştırma sonuçlarının kitle iletişim araçlarında veya yeni medyada duyurulması ile ilgili sorumlulukları kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Buna benzer biçimde Eğitim ve Denetim-Gözetim Sorumluluğu başlığı altında da günümüz koşullarına uygun önemli değişiklikler ve eklemeler yapılmıştır.

Türkiye Psikiyatri Derneği tarafından da duyurulmuş olduğu gibi güncellenmiş Psikiyatri Meslek Etiği İlke ve Kuralları metni Derneğimizin internet sitesine yerleştirilmiştir. Mesleki ve bilimsel uygulamalarımızın, meslektaşlar arası ilişkilerimizin, hastalara verdiğimiz sağlık hizmetinin standartlarını korumak ve yükseltmek için taşıdığımız sorumluluğa dayanak olacak ve rehberlik edecektir.

---

#### KAYNAK

Türkiye Psikiyatri Derneği. (2024). Türkiye Psikiyatri Derneği Psikiyatri Meslek Etiği İlke ve Kuralları. <https://psikiyatri.org.tr/uploadFiles/1452024132746-TPDPsikiyatriiMeslekEtigiIlkeveKurallariGK-onayi14052024.pdf>

# Suriye Kökenli Sığınmacıların Ruh Sağlığı Hizmetlerine Ulaşmasını Engelleyen Etmenler: Karma Yöntemli Bir Çalışma



Cengiz KILIÇ<sup>1,2</sup>, Edip KAYA<sup>3</sup>, Özge KARADAĞ<sup>4</sup>, Sarp ÜNER<sup>5</sup>

## ÖZET

**Amaç:** Suriyeli sığınmacılar, savaş travması sonucu oluşan ruh sağlığı sorunlarını yaygın biçimde yaşamalarına rağmen ruh sağlığı hizmetlerine başvurma ve hizmet ihtiyaçları ile ilgili bilgiler sınırlıdır. Bu çalışmanın amacı Ankara'da yaşayan Suriyeli sığınmacıların ruh sağlığı hizmet ihtiyaçlarını, hizmet başvurularını ve başvuruyu engelleyen etmenleri incelemektir.

**Yöntem:** Ankara'da yaşayan 420 Suriyeli sığınmacının katıldığı karma yöntemli bu çalışmada görüşmeler, sığınmacıların evlerinde, görüşme eğitimi almış, Arapça konuşan görüşmeciler tarafından yüzyüze yapılmıştır. Sığınmacılarda travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon sıklıkları Harvard Travma Anketi ve Beck Depresyon Envanteri kullanılarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Katılımcıların %14,8'i (N=62) Türkiye'ye geldiklerinden beri ruh sağlığı hizmetine ihtiyaç duyduklarını, %1,4'ü ise (N=6) yardım için ruh sağlığı hizmetine başvurduğunu belirtmiştir. Türkçe bilmeme ve hizmetler hakkında bilgi eksikliği ruh sağlığı hizmetleri başvurusu konusunda katılımcıların belirttikleri en önemli engeller olmuştur. Hizmet sunucular ve yöneticilerle yapılan niteliksel görüşmelerde de sığınmacıların ruh sağlığına erişimleri önündeki en önemli bariyerler; yaşam zorlukları, dil ve kültürel engeller ve ruhsal sorunlarla ilgili farkındalığın düşük olması olarak belirtilmiştir. Kadın olma, bedensel veya ruhsal hastalığının olması, ruh sağlığı hizmet ihtiyacını yordayan değişkenlerdir.

**Sonuç:** Sonuçlarımız sığınmacılarda ruhsal sorunların yaygın olmasına karşılık, bildirilen hizmet ihtiyacı ve hizmete başvurunun çok düşük olduğunu göstermektedir. Ruhsal tedavi açığını gidermek için hizmet kullanımı önündeki engellerin (dil bilmeme ve farkındalık eksikliği) tanımlanması ve çözülmesi gerekmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Göçmen, Sığınmacı, Ruh Sağlığı, Sağlık Hizmeti Kullanımı, Suriye

## ABSTRACT

### Barriers To Accessing Mental Health Services Among Syrian Refugees: A Mixed-Method Study

**Objective:** Although Syrian refugees have high rates of mental health problems due to war trauma, little is known on their degree of need for and contact with mental health services. Using a population sample of Syrian refugees living in Ankara, we assessed the perceived need for and contact with mental health services, as well as the barriers to access these services.

**Method:** This was a cross-sectional mixed-method study of 420 Syrian refugees living in Ankara city center, using face to face interviews administered at the respondents' home by trained, Arabic-speaking interviewers. PTSD and depression were assessed using Harvard Trauma Questionnaire and Beck Depression Inventory, respectively.

**Results:** Of all the refugees in our sample, 14,8% (N=62) stated that they felt the need for mental healthcare since arriving in Turkey. The actual number contacting any mental health service was very low (1,4%, N=6). The most important barriers to accessing mental health services were reported by the respondents to be language problems and lack of information on available mental health services. Service providers and policymakers also reported similar topics as the most important barriers: low awareness about mental health problems, daily living difficulties, and language and cultural barriers. Multivariate analyses revealed that presence of medical or mental disorders and female gender predicted the perceived need for contacting services.

**Conclusion:** Our results show that, although refugees report high rates of mental health problems, the perceived need for and actual contact with services are very low. To address this treatment gap, and to provide adequate care for refugees with mental health problems, common barriers (language and awareness) should be identified and dealt with.

**Keywords:** Refugee, Mental Health, Healthcare Utilization, Syria

**Geliş Tarihi:** 13.12.2021, **Kabul Tarihi:** 01.08.2022, **Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 07.01.2023

<sup>1</sup>Prof., Hacettepe Üniv. Tıp Fak., Psikiyatri AD, <sup>2</sup>Stres Araştırmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara; <sup>3</sup>Doç., Ağrı İbrahim Çeçen Üniv. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Engelli Bakım ve Rehabilitasyon Prog., Ağrı; <sup>4</sup>Dr. Öğr. Üyesi, Columbia Üniv. Sürdürülebilir Kalkınma Merkezi (CSD), The Earth Institute, New York, ABD; <sup>5</sup>Prof., Lokman Hekim Üniv. Tıp Fak., Halk Sağlığı AD, Ankara.

**Dr. Cengiz Kılıç, e-posta:** [cengizk@hacettepe.edu.tr](mailto:cengizk@hacettepe.edu.tr)



## GİRİŞ

Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHCR 2021) verilerine göre, Suriye'deki savaş sonucunda 6,6 milyon sığınmacı başka ülkelere sığınmıştır. Bugün itibarıyla Suriye, sığınmacıların kaynaklandığı ülkeler arasında ilk sırada gelmektedir. 3,6 milyondan fazla Suriyeli sığınmacıya ev sahipliği yapan Türkiye ise halen dünyanın en fazla sığınmacı barındıran ülkesidir. Suriyeli sığınmacılar arasında ülkelerindeki çatışmalara bağlı olarak depresyon ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) başta olmak üzere ruh sağlığı sorunları yaygındır (Tekeli-Yesil ve ark. 2018, Kaya ve ark. 2019). Bununla birlikte, ev sahibi ülkelerde yürütülen araştırmalar, TSSB ve diğer ruhsal bozuklukları olan sığınmacıların yüzde 80-90 kadarının ruh sağlığı hizmetlerinden hiç yararlanmadığını göstermektedir (Sijbrandij ve ark. 2017, El Chammay ve ark. 2013, Laban ve ark. 2007). İstanbul'da yaşayan Suriyeli sığınmacılar arasında yapılan bir çalışmada, Fuhr ve arkadaşları (2019) ruhsal yardıma ihtiyacı olanların sadece %9'unun yardım için başvurduğunu göstermiştir. Almanya'da yapılan bir çalışmada ise ruh sağlığı hizmetlerine ihtiyaç duyan mültecilerin yalnızca %5'inin bu hizmetleri alabildiği bulunmuştur (Sijbrandij ve ark. 2017). Benzer şekilde Hollanda'da Iraklı mültecilerle yapılan çalışmada ruhsal hastalığı olan mültecilerin yalnızca %8,8'inin ruh sağlığı hizmetine başvurduğu belirtilmiştir (Laban ve ark. 2007). Lübnan'da Suriyeli mültecilerle yapılan çalışmada ise ruh sağlığı hizmetlerine erişebilen mültecilerin oranı yalnızca %1'dir (Rabih El Chammay ve ark. 2013).

Yapılan çalışmalarda ev sahibi ülkenin dilini konuşamamak, mevcut hizmetler hakkında bilgi eksikliği, ruh sağlığı sorunları konusunda farkındalığın az olması, damgalanma korkusu, güvende hissetmeme, ulaşım sorunları, maddi zorluklar ve kültürel etmenler en sık belirtilen engeller olmuştur (Hassan ve ark. 2016, de Anstiss ve ark. 2009, Maier ve ark. 2011, M'Zah ve ark. 2019). Ev sahibi ülkede ruh sağlığı hizmetlerinin yetersizliği veya maliyeti, bekleme sürelerinin uzun olması, damgalayıcı ve ayrımcı tutumlar ve sığınmacılara yönelik katı politikalar da ruh sağlığı hizmetlerine ulaşımı azaltmaktadır (Satinsky ve ark. 2019, Hendrickx ve ark. 2020, Fenta ve ark. 2006, Nadeau ve Measham 2006).

Çalışmamızda, Ankara'da yaşayan Suriyeli sığınmacıların öznel ruh sağlığı hizmeti ihtiyacı ve hizmete başvuru önündeki engellerin nesnel ve algılanan yordayıcılarının araştırılması amaçlanmıştır. Mevcut literatüre dayanarak, ruh sağlığı hizmetleri ihtiyacının ve hizmete başvurunun ruh sağlığı sorunlarının şiddeti, kadın olma ve eğitim gibi etmenlerce yordanacağı öngörülmüştür. Sığınmacıların ruhsal hastalıklarının yaygınlığı ve yordayıcılarına ilişkin sonuçlar ile yöntemlerin daha ayrıntılı bir açıklaması Kaya ve ark. (2019) ve Karadağ ve ark. (2021)'de bulunabilir.

## YÖNTEM

Araştırmamız, Ankara şehir merkezinde yaşayan Suriyeli sığınmacılar ile yapılmış, kesitsel, karma yöntemli bir çalışmadır. Nicel veriler, bir değerlendirme bataryası kullanılarak, Arapça konuşan eğitimli anketörler tarafından katılımcıların evlerinde yüzyüze görüşmelerde toplanmıştır. Niteliksel veriler ise ikinci yazar (EK) tarafından yürütülen bir görüşme kullanılarak 10 sağlık hizmeti sağlayıcısından (6 doktor, 2 ebe ve iki hemşire) ve 10 sağlık yöneticisinden (9 doktor, 1 sosyal hizmet uzmanı) elde edilmiştir.

### Örneklem

Ekim-Kasım 2016'da Ankara'da Suriyeli sığınmacıların yoğun olarak yaşadığı iki mahallede, 18 yaşından büyük 420 Suriyeli sığınmacıyla yüzyüze görüşülmüştür. Verilerin toplandığı dönemde Göç İdaresi Başkanlığı (2016) verilerine göre Ankara'da tahminen 88 bin Suriyeli sığınmacı yaşıyordu. Sığınmacılar için güvenilir bir örneklem çerçevesi olmadığından, bu mahallelerdeki hanelerin ziyaret edilmesi ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan herkesin dahil edilmesine karar verilmiştir. Tek dışlama ölçütü, anlamayı veya iletişimi engelleyen herhangi bir durumun bulunması olarak belirlenmiştir.

Niteliksel veriler, 10 sağlık hizmeti sunucusu ve 10 yönetici ile derinlemesine görüşmeler yapılarak toplanmıştır. Derinlemesine görüşmeler, hizmet sunucularla hizmet sundukları sağlık merkezlerinde, yöneticilerle ise kurumlardaki iş yerlerinde yapılmıştır. Görüşmeler ses kayıt cihazı ile kaydedilmiştir. Ancak iki yönetici ses kaydının alınmasını kabul etmediği için bu görüşmeler el ile not edilmiştir. Her bir görüşme 30-45 dakika arasında sürmüştür. Hizmet sunucusu olarak Ulubey (Altındağ), Gülveren (Mamak) ve Yenimahalle Göçmen Sağlığı Merkezlerinde çalışan beş pratisyen doktor, iki ebe, iki hemşire ve Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan bir psikiyatri uzmanı ile görüşülmüştür. Yönetici olarak beşi Ankara İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden (şimdiki Ankara İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı), beşi ise Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'ndan (şimdiki Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü) olmak üzere 10 kişi ile yürütülmüştür. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nden olan yöneticilerin tamamı daire başkanıdır. İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde görüşülen yöneticiler ise iki Toplum Sağlığı Merkezi başkanı, iki şube müdürü, bir de müdür yardımcısıdır.

### Araçlar

**Hizmet kullanımı:** Bu bölümde sosyodemografik değişkenler, algılanan fiziksel ve ruhsal sağlık durumu, genel ve ruhsal sağlık hizmetlerinden yararlanma ve bu hizmetlere erişimi engelleyen etmenler bulunmaktadır. Halen mevcut olan veya geçmişteki bedensel ve ruhsal bozukluklar, alkol/uyuşturucu

kullanım öyküsü ve mevcut psikotrop ilaç kullanımı da değerlendirilmiştir.

**Harvard Travma Anketi (HTA):** DSM-IV TSSB belirtilerini değerlendirmek için geliştirilen bu öz-bildirim ölçeğinin Arapça versiyonu kullanılmıştır (Mollica ve ark. 1992, Shoeb ve ark. 2007). Ölçek beş farklı bölümden oluşmaktadır. Bu çalışmada kullanılan ilk bölüm, katılımcıların “evet” ya da “hayır” olarak yanıtladıkları 43 farklı travmatik olayların listesinden oluşmaktadır. Travmatik stresi ölçen dördüncü bölümde ise katılımcılardan her bir maddeyi dörtlü Likert ölçeğinde (1=hiç, 2=biraz, 3=oldukça ve 4=çok fazla) puanlamaları istenir. Arapça versiyon için belirlenmiş bir kesme noktası bulunmadığından, orijinal çalışmada önerilen algoritmayı kullanarak olası TSSB sıklığı hesaplanmıştır (Mollica ve ark. 1992). Bu çalışmadaki 16 TSSB belirtisi için iç tutarlılık (Cronbach alpha) değeri 0,82 bulunmuştur.

**Beck Depresyon Envanteri (BDE):** BDE, yaygın olarak kullanılan, 21 maddelik bir öz-bildirim ölçeğidir; son bir hafta içindeki depresif belirti düzeyini ölçer (Beck ve ark. 1961). Tüm sorular 0 ila 3 arasında kodlanır; yüksek puanlar daha şiddetli depresyonu gösterir. Arapça için geçerlik ve güvenilirliği West (1985) ve Abdel-Khalek (1998) tarafından gösterilmiştir. Çalışmamızdaki analizlerde hem BDE toplam puanı (aralık: 0-63) hem de olası depresyon sıklığı (19 kesme puanı kullanılarak) kullanılmıştır. Mevcut örneklem için Cronbach alpha değeri 0,85 bulunmuştur.

**Niteliksel Görüşme Rehberi:** Nitel verilerin toplanması için araştırmacılar tarafından hazırlanan niteliksel görüşme rehberi kullanılmıştır. Görüşme rehberi, hizmet sunucuları ve sağlık yöneticileri için olmak üzere iki farklı şekilde hazırlanmıştır. Hizmet sunucular için hazırlanan görüşme rehberi 12 sorudan, sağlık yöneticileri için hazırlanan rehber dokuz sorudan oluşturulmuştur. Görüşme rehberleri katılımcıların tanımlayıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, sığınmacılarla çalışma süresi vb), ülke ve il düzeyinde sığınmacılara verilen ruh sağlığı hizmetleri, sığınmacıların ruh sağlığı sorunları, sığınmacılara verilen ruh sağlığı hizmetlerinin yeterliliği ve erişilebilirliği ile ilgili görüşleri, ayrıca sığınmacıların ruh sağlığı hizmetlerine erişimleri önündeki engellerin ortadan kaldırılması ve ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi için önerileri gibi konuları kapsamaktadır.

### Analizler

Medeni durum (evli=1, evli değil=0) ve eğitim durumu (ilköğretim mezunu veya daha az=0, ortaokul veya üstü =1) ikili grup olarak yeniden kodlanmıştır. Analizlerde kullanılmak üzere olası depresyon veya olası TSSB'si olanların sıklığı hesaplanmıştır. Örneklem geneline tanıtan sonuçlarda öznel ruhsal yardım ihtiyacı olanlar ve olmayanlar sürekli değişkenler açısından t-test ile, kategorik değişkenler açısından ise ki-kare

testi ile karşılaştırılmışlardır. Verilerin analizi için SPSS 23.0 istatistik yazılım paketi kullanılmıştır.

Nitel veri analizi için görüşmelerin ses kayıtları yazıya dökülmüş, ardından tema ve alt temaların belirlendiği içerik analizi yapılmıştır. Niteliksel bulgular ana temalar halinde verilmiş, ilgili alıntılar katılımcıların kimlik bilgileri gizli olacak şekilde sunulmuştur. Niteliksel verilerin analizinin ardından bulgular niceliksel analiz bulguları ile birlikte değerlendirilmiş ve birlikte yorumlanmıştır.

### İşlem

Katılımcıları araştırmaya dahil etmek için kolay ulaşılabilecek bir örneklem kullanılmıştır. Ankara'nın Suriye kökenli sığınmacıların yoğun olarak yaşadığı iki mahallesindeki haneler, Türkçe ve Arapça bilen altı görüşmeci tarafından ziyaret edilmiştir. Ziyaret edilen her haneye etrafta tanıdıkları başka Suriyeli aile olup olmadığı sorularak, ailenin gösterdiği diğer haneler ziyaret edilmiştir. Ziyaret edilen hanenin tanıdıkları başka Suriye kökenli hane olmaması durumunda ise rastgele bir hane ziyaret edilerek, Suriye kökenli olması durumunda çalışmanın amacı anlatılarak çalışmaya katılmaları için davet edilmişlerdir. Bu şekilde yeni bir uygun haneye ulaşılan kadar devam edilmiştir. Çalışma için evren büyüklüğü verisine ulaşılamamış, bir örneklem büyüklüğü hesaplanmamış, veri toplama için belirlenen iki aylık süre içerisinde ulaşılabilecek en yüksek sayıda sığınmacıya ulaşmaya çalışılmıştır. Ziyaret edilen hanelerden 15'i katılmayı reddettiği için araştırmaya dâhil edilmemiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden 229 haneden 431 kişi ile iletişim kurulmuş, 11 kişi çalışmaya katılmayı reddederken 420 kişi ile görüşmeler tamamlanarak çalışma sonlandırılmıştır. Tüm görüşmeler, çalışma ölçeklerinin kullanımı konusunda eğitim almış, çalışma öncesinde bir pilot çalışma yapılarak görüşme bataryasının ve görüşmecilerin performansı sınanmıştır. Her hane iki görüşmeciden oluşan ekipler tarafından ziyaret edilmiştir. Red oranlarını azaltmak için görüşmecilerle katılımcıların cinsiyet eşleştirmesi yapılmıştır. Ankete katılanların çoğunluğunun eğitim düzeyi düşük olduğundan, görüşmecilerden maddeleri okumaları ve yanıtları kaydetmeleri istenmiştir. Çalışma için Hacettepe Üniversitesi Etik Kurulu'ndan etik onay, İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nden ise kurumsal izinler ile katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

### BULGULAR

**Örneklem tanıtımı:** Çalışmaya katılanların ortalama yaşı 35,4 bulunmuştur (Aralık: 18-80, SD:13,0). Katılımcıların %56,4'ü kadın, %84,7'si evlidir. Katılımcıların %70,1'inin eğitimi ilköğretim veya daha azdır; gelir getiren bir işte çalıştığını belirtenlerin oranı %28,2'dir. Çalışmaya katılanların

**Tablo 1.** Öznel Ruh Sağlığı Hizmeti İhtiyacıyla İlişkili Faktörler (n=420)

| Sosyodemografik Değişkenler                  |                      | İhtiyaç var<br>N (%) | İhtiyaç yok<br>N (%) | Toplam<br>N (%) |
|----------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------|
| Cinsiyet**                                   | Erkek                | 17 (9,3)             | 165                  | 182             |
|                                              | Kadın                | 45 (19,0)            | 192 (81,0)           | 237             |
| Eğitim                                       | İlkokul veya daha az | 45 (15,4)            | 248 (84,6)           | 293             |
|                                              | Ortaokul veya üstü   | 16 (12,9)            | 108 (87,1)           | 124             |
| Medeni durum                                 | Evli                 | 50 (14,1)            | 305 (85,9)           | 355             |
|                                              | Evli değil           | 12 (18,8)            | 52 (81,2)            | 64              |
| Gelir getiren iş                             | Var                  | 12 (10,2)            | 106 (89,8)           | 118             |
|                                              | Yok                  | 50 (16,6)            | 251 (83,4)           | 301             |
| Son 12 ayda genel sağlık hizmetine başvuru * | Var                  | 37 (19,1)            | 157 (80,9)           | 194             |
|                                              | Yok                  | 25 (11,1)            | 200 (88,9)           | 225             |
| Ruh sağlığı hizmetine başvuru **             | Var                  | 6 (100)              | 0                    | 6               |
|                                              | Yok                  | 56 (13,6)            | 357 (86,4)           | 413             |
|                                              |                      | <b>Ort (SS)</b>      | <b>Ort (SS)</b>      |                 |
| Yaş                                          | (yıl)                | 34,84 (11,2)         | 35,55(13,35)         |                 |
| Türkiye’de bulunma süresi                    | (yıl)                | 2,37 (1,11)          | 2,15 (1,1)           |                 |

\*p&lt;0,05; \*\*p&lt;0,01

%24,1’inin en az bir Türk arkadaşı bulunmakta, %11,7’si ise iyi düzeyde Türkçe bilmektedir. Katılımcıların %2,9’u geçmişte bir ruhsal bozukluk tanısı aldığını, %2,1’i ise halen ruhsal sorunları için ilaç kullandığını bildirmiştir. Katılımcıların %14,8’i (N=62) Türkiye’de bulunduğu süre içerisinde ruhsal sorunları için yardıma ihtiyaç duyduğunu bildirmiştir. Herhangi bir bedensel hastalığı olanların sıklığı %43,9, son bir yıl içinde genel bir sağlık sorunuyla herhangi bir tedaviye başvuranların sıklığı ise %46,3’tür. Katılımcılara yöneltilen 43 travmatik olayla ilgili sorudan sığınmacıların yaşadıkları ortalama travmatik olay sayısı 13,8 bulunmuştur. Sığınmacıların %88,8’i savaş ve çatışma ortamında kaldığını, %44,0’ı bir aile üyesini (çocuk, eş vb.) savaş ya da şiddet nedeniyle kaybettiğini, %31,0’ı ise cinayete tanıklık ettiğini bildirmiştir. HTA ve BDE ölçeklerinden elde edilen puanların kesim noktası ile ölçülen olası TSSB ve depresyon yaygınlığı sırasıyla %36,5 (N=152) ve %47,7 (N=198) bulunmuştur. Olası TSSB veya olası depresyondan herhangi birinin varlığı da hesaplanmıştır (%56,7, N=238).

**Ruhsal tedavi ihtiyacı ve tedavi başvurusu:** Ruhsal yardım ihtiyacı kadınlarda (p=0,009), ruh sağlığı hizmetine başvuranlarda (p=0,001) ve genel sağlık hizmeti için başvuranlarda (p=0,03) daha yüksek bulunmuştur. Öte yandan, ruhsal yardım ihtiyacı yaş, Türkiye’de bulunma süresi, medeni durum, çalışma durumu veya eğitimle ilişkili bulunmamıştır (Tablo 1).

Tüm grupta ruhsal yardım için başvuran toplam 6 kişi vardır (yardıma ihtiyacı olduğunu hissedenlerin %9,7’si; toplam örneklemin %1,4’ü). Altı kişinin tümü de ruhsal

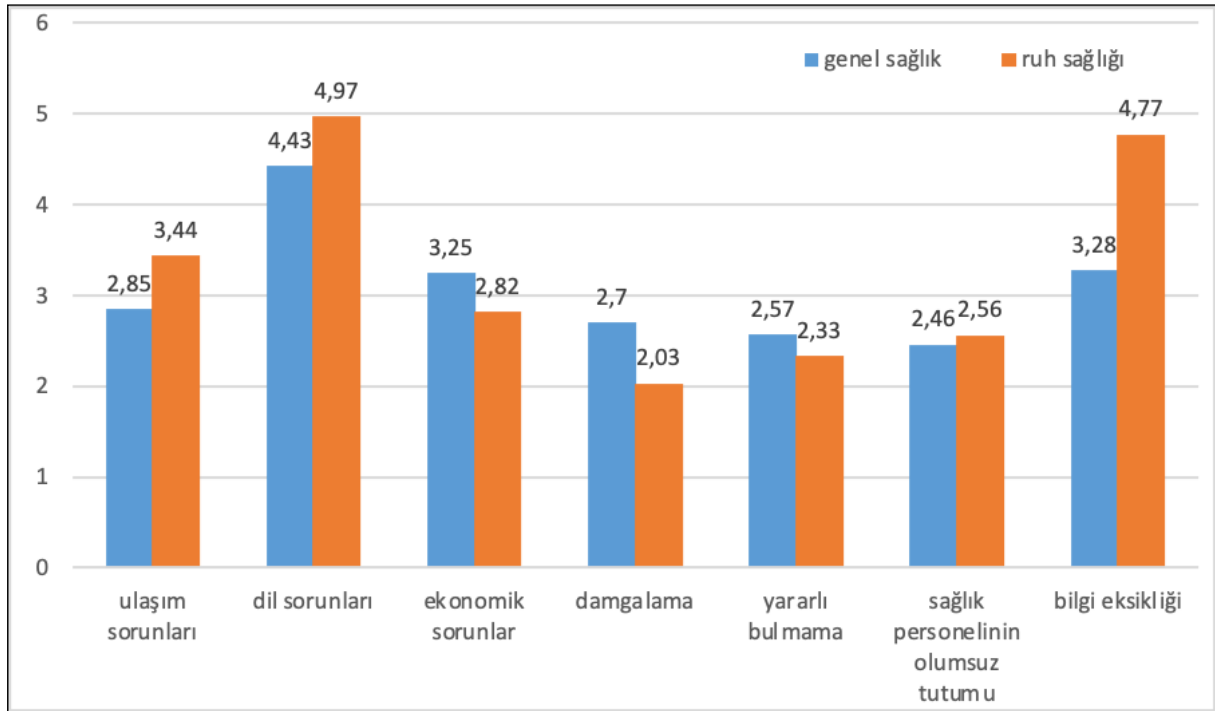
yardıma ihtiyaçları olduğunu belirtmektedirler. Ruhsal tedaviye başvuru sayısı çok düşük olduğu için ayrıntılı analizler yapılmamıştır.

**Regresyon analizleri:** Son bir yıl içinde ruhsal yardım ihtiyacını yordayan bağımsız etmenleri saptamak için lojistik regresyon analizleri kullanılmıştır. Analize katılacak değişkenleri belirlemek için, literatür bilgisinden yararlanılmış, ayrıca tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan değişkenler de analize katılmıştır. Sonuçta kadın olma, bilinen (doktor tanısı olan) bedensel ve ruhsal hastalık varlığının ruhsal yardım ihtiyacını yordadığı saptanmıştır. Yaş, eğitim, medeni durum, gelir düzeyi veya Türkiye’de bulunma süresi gibi demografik değişkenlerden hiçbirisi ruhsal yardım ihtiyacı ile ilişkili bulunmamıştır (Tablo 2).

**Başvurmama nedeni:** Şekil 1, katılımcılar tarafından genel sağlık ve ruh sağlığı hizmetlerine erişimde bildirilen en yaygın engelleri karşılaştırmaktadır. “Aşağıdaki etmenler sağlık hizmetlerine erişiminizi ne derecede engelledi? 0=hiç 5=çok fazla ölçeğini kullanarak puanlayın” şeklinde verilmiş olan yönergeye göre dil engeli ve hizmetler hakkında bilgi eksikliğinin en önemli engeller olarak görüldüğü anlaşılmaktadır. İlginç olan, bilgi eksikliğinin ruh sağlığı başvurusu için genel sağlık başvurusuna oranla daha önemli bir engel olarak algılanmasıdır (4,77’ye 3,28). Bir başka bulgu ise, damgalanma korkusunun ruh sağlığı hizmetine başvuruyu en az engelleyici etmen olarak görülmesidir. Bir engel olarak damgalama, ruhsal yardım konusunda genel sağlıktan bile daha düşük puanlanmıştır (2,03’e 2,7).

**Tablo 2.** Öznel Ruh Sağlığı Hizmeti İhtiyacını Yordayan Değişkenler (Lojistik Regresyon)

| Değişkenler                            | Öznel Ruh Sağlığı Hizmeti İhtiyacı |        |          |        |
|----------------------------------------|------------------------------------|--------|----------|--------|
|                                        | p                                  | OR     | (95% CI) |        |
| Cinsiyet                               |                                    |        |          |        |
| Erkek                                  | Ref.                               |        |          |        |
| Kadın                                  | 0,026                              | 2,065  | 1,090    | 3,913  |
| Eğitim                                 |                                    |        |          |        |
| İlkokul ve altı                        | Ref.                               |        |          |        |
| Ortaokul ve üzeri                      | 0,973                              | ,989   | 0,509    | 1,922  |
| Medeni durum                           |                                    |        |          |        |
| Evli değil                             | Ref.                               |        |          |        |
| Evli                                   | 0,271                              | 1,548  | 0,711    | 3,372  |
| Bilinen bedensel hastalık              |                                    |        |          |        |
| Yok                                    | Ref.                               |        |          |        |
| Var                                    | 0,021                              | 2,166  | 1,126    | 4,167  |
| Bilinen ruhsal hastalık                |                                    |        |          |        |
| Yok                                    | Ref.                               |        |          |        |
| Var                                    | 0,000                              | 13,104 | 3,257    | 52,728 |
| Son bir yılda sağlık hizmeti başvurusu |                                    |        |          |        |
| Yok                                    | Ref.                               |        |          |        |
| Var                                    | 0,093                              | 1,686  | 0,917    | 3,097  |
| Yaş (yıl)                              | 0,127                              | 0,980  | 0,955    | 1,006  |
| Aylık hane geliri (TL)                 | 0,986                              | 1,000  | 0,999    | 1,001  |
| Türkiye’de bulunma süresi (yıl)        | 0,116                              | 1,244  | 0,948    | 1,634  |

**Şekil 1.** Katılımcıların ifadesine göre genel sağlık ve ruh sağlığı hizmetine başvuru engelleyen etmenler\*

\*Yukarıdaki etmenler sağlık hizmetlerine erişiminizi ne derecede engelledi? (0=hiç 5=çok fazla)

## Niteliksel Analiz Sonuçları

Sığınmacıların ruh sağlığı hizmet ihtiyaçları, hizmetlere ulaşmaları önündeki engellerin ortaya konması ve çözüm önerilerinin geliştirilmesi amacıyla onlara hizmet sunan sağlık çalışanları ve bu hizmetlerin sunumunda rol alan yöneticiler ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Hizmet sağlayıcılar ile sağlık yöneticilerinin hizmet ihtiyacı, başvuru önündeki olası engeller ve sorunların çözümü konusundaki önerileri birbirine benzer olmuştur. Her iki grup da ruh sağlığı sorunlarının çok sık görüldüğünü, buna karşın başvurunun çok düşük olduğunu bildirmişlerdir.

*K7 (Kadın, 33): “Ruh sağlığı ihtiyacı olan sığınmacıların sağlık kurumlarına başvurduğunu düşünmüyorum. Başvurular %5 civarındır. Çünkü bunun başvurulacak bir sebep olduğunu bile birçoğu bilmiyor. Genelde aile içi şiddet olabiliyor, çocuklarda altına kaçırma gibi hani psikolojik sorunlara bağlı şikâyetler olabiliyor. Destek göremediklerinden bahsediyor kadınlar... Uykusuzluk, onunla çok başvuran oluyor. Çok fazla hastalıktan şikâyet ediyorlar. O hastalıkları sorgulamaya başladığımda aslında altında psikolojik nedenler yattığını görüyoruz. Sorgulama yoluyla daha çok ortaya çıkıyor....”*

Hizmet sağlayıcılar ve yöneticiler, sığınmacıların ruh sağlığı hizmetlerine erişimleri önündeki engelleri; barınma, beslenme, hayata tutunma gibi öncelikler, dil engeli ve tercüman eksikliği, ruhsal sorunlarla ilgili farkındalığın düşük olması ve ruh sağlığı hizmetini nasıl ve nerede alacakları ile ilgili sistemi iyi bilmemeleri olarak belirtmişlerdir.

*K13 (K, 46): ...Birincisi sistemi çok iyi bilmiyorlar. Nereden başlayacaklar, nereye gidecekler artı kendilerini anlayacak, yardımcı olabilecek dil bilen ama aynı zamanda bu ülkedeki sistemi bilen birine ulaşmaları çok kolay değil. ...Yani şu noktada önceki travmayı şu anda ertelemiş durumdalar ya da yaşadıkları sıkıntılar hani depresyonu bir tarafa bırakıp hani hayatta kalma mücadelesi verdikleri için şimdilik ruh sağlığı ertelendi diye düşünüyorum. Ama bu bizim önümüze üç beş yıl içinde çok daha büyük bir sorun olarak çıkacaktır diye düşünüyorum...”*

Gözlemlerine paralel olarak, her iki grup da sığınmacıların ruh sağlığını iyileştirmek için iletişim sorununun acilen çözülmesi gerektiğini vurgulamıştır. Bu amaçla Arapça konuşan doktorların çalıştırılmasını, hastanelerde daha fazla tercüman bulundurulmasını, ruh sağlığı farkındalığını arttırmaya yönelik eğitimlerin verilmesini ve sığınmacıların ruhsal bozukluk varlığı açısından taranmasını tavsiye etmişlerdir.

*K3 (K, 29): “Yani eğitim vermek gerekiyor. Yani gruplar şeklinde, ruhsal sorunlar ve baş etme konusunda bilinçlendirmeler yapılmalı. Hastanelerde bir tane tercüman var. Nereye yetiyecek? Yani onunla ilgili sıkıntı var onun için tercüman sayısı artırılmalı.”*

*K14 (E, 51): “Benim önerim şu; bir dil probleminin aşılması çok önemli. İkincisi de iletişim kaynaklarının çok iyi*

*kullanılması facebook, whatsapp, televizyon, radyo gibi özellikle de Suriyelilerin seyrettiği televizyon ve dinlediği radyo. Bir başka şey de sivil toplum kuruluşlarından destek alınması...*

## TARTIŞMA

Bulgularımız, Suriyeli sığınmacılar ve diğer mülteci gruplarla yapılan önceki araştırmalara benzer şekilde, birçok sığınmacının ruh sağlığı desteğine ihtiyacı olduğunu, ancak çok azının bu hizmetlerden yararlandığını göstermektedir (Bartolomei ve ark. 2016, Fuhr ve ark. 2019, Hawkes ve ark. 2021, Jack-Ide ve Uys 2013, Kirmayer ve ark. 2011). Çalışma tasarımları farklı olsa da başvuru sıklıklarına ilişkin sonuçlarımız, Fuhr ve arkadaşlarının (2019) İstanbul'daki Suriyeli sığınmacılar için bildirdiklerine çarpıcı biçimde benzer bulunmuştur. Sığınmacıların ruh sağlığı hizmetine başvuru sıklıkları, Türkiye geneline oranla (yaklaşık %20-Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmaları- Kılıç 1998) çok daha düşüktür. Her ne kadar ruhsal tedaviye başvuranların hepsinde ruhsal sorunlar bulunsun da ruhsal sorun bildirenlerin çok büyük bir çoğunluğunun tedaviye hiç başvurmadığı anlaşılmaktadır. Ruh sağlığı hizmetlerine başvurunun düşük olmasının bir nedeni, ruh sağlığı konusundaki farkındalığın yetersiz olması veya katılımcılar için ruh sağlığının genel sağlığa göre öncelik taşımaması olabilir. Niteliksel verilerimiz vardığımız sonuçları desteklemektedir: hem hizmet sağlayıcılar hem de sağlık idarecileri, sığınmacıların hem ruh sağlığı sorunları konusunda farkındalığının düşük olduğunu hem de yakın kaybı, mal kaybı ve diğer sosyoekonomik zorluklar gibi daha acil sorunlar nedeniyle ruhsal sorunların ikinci planda kaldığını belirtmişlerdir. Öte yandan, kullandığımız ölçme araçları (BDE ve HTA) tanı koydurucu görüşmeler olmadığı için depresyon ve TSSB sıklığı olması gerektiğinden daha fazla ölçülmüş olabilir. Bir sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında öz değerlendirme ölçekleri ile yapılan çalışmalarda daha yüksek depresyon ve TSSB sıklığı saptandığı belirtilmiştir (Steel ve ark. 2009). Ruh sağlığı hizmeti ihtiyacının ruhsal hastalık yaygınlığına oranla çok düşük kalmasının nedenlerinin iyice anlaşılması için sığınmacılarla niteliksel çalışmaların yürütülmesine ihtiyaç vardır.

Sığınmacıların ruh sağlığı hizmetlerine erişimi önündeki ana engeller olarak neleri gördüklerine ilişkin öznel bildirimleri, birçok çalışmada çarpıcı biçimde benzer bulunmuştur. En sık bildirilenler dil sorunları (Doğan ve ark. 2019, Sijbrandij ve ark. 2017, Derr 2016, Guarnaccia ve ark. 2005, Guruge ve ark. 2018) ve ruh sağlığı hizmetlerine nereden ve nasıl ulaşılacağına ilişkin bilgi eksikliğidir (Al-Soleiti ve ark. 2021, Bartolomei ve ark. 2016, Fauk ve ark. 2021, Jack-Ide ve Uys 2013, Kiselev ve ark. 2020, Maconick ve ark. 2020); bu çalışmadaki bulgularımız da bu yöndedir. Dil engeli özellikle önemlidir: Fuhr ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan çalışma dışında, Suriyeli sığınmacıların ruh sağlığı hizmetleri



kullanımına ilişkin tüm çalışmalar, sığınmacıların dil sorununu hizmetlere ulaşımın önündeki en büyük engel olarak gördüklerini göstermiştir (Hassan ve ark. 2016, M’Zah ve ark. 2019, Kiselev ve ark. 2020). Birçok sığınmacı, tesiste bir tercüman veya Arapça konuşan bir doktor/psikolog olduğunu bilseler hastaneye gideceklerini belirtmiştir. Çoğu, otobüslerdeki veya binalardaki işaretleri okuyamadıklarını belirtmişlerdir, ki bu da sorunun sadece bilinmeyen dil ile değil, bilinmeyen bir alfabe ile de ilgili olduğunu göstermiştir. İlginç bir bulgu, damgalanmanın ruh sağlığı hizmetlerine erişimde büyük bir engel olarak algılanmamasıdır. Bu sevindirici bir bulgudur, çünkü yeterli kaynağa sahip ülkelerde bile damgalamanın ruh sağlığı hizmetlerine erişimi azalttığı bilinmektedir. Ancak bu durum sığınmacıların ruhsal hastalık ve hizmetlerle ilgili farkındalıklarının düşük olması nedeniyle damgalamanın farkında olmayışlarından da kaynaklanmış olabilir. Hizmete başvuran sayısının çok az olması nedeniyle analiz edilemeye de kadınların rolünün ayrıntılı incelenmesi gerekmektedir. Tek yönlü analizlerde kadınlardaki ruhsal belirti düzeyleri de tedavi ihtiyacı da erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur. Sığınmacı statüsü kadın sığınmacıları erkeklere oranla daha fazla etkiliyor ve tedaviye başvurmalarını daha fazla engelliyor olabilir. Son olarak, sığınmacıların büyük bir çoğunluğunun ciddi maddi sıkıntılar yaşadıkları ve en temel ihtiyaçlarını bile karşılamakta zorlandıkları bilinmektedir (Kirmayer ve ark. 2011). Çalışmamızda da sığınmacıların çoğunluğu ekonomik durumlarını kötü ya da çok kötü olarak bildirmiştir. Sığınmacılar, maddi sorunlar ve ulaşım sorunlarını tedaviye başvurmamanın önde gelen nedenleri arasında belirtmektedirler; bu nedenle ruh sağlığına başvurunun öncelik taşıyor olması mümkündür. Niteliksel görüşmelerde de hem yöneticiler hem de sağlık hizmeti sunucuları bu durumu vurgulamışlardır.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları vardır. Rastgele örneklem seçimi mümkün olmadığından (kayıtlı verinin olmaması ve sığınmacı hareketliliği) kolay ulaşılabilen bir örneklem yöntemi kullanılmıştır. Tedavi başvurusunun çok düşük olması analizlerin gücünü önemli ölçüde sınırlamıştır. Örnek olarak, çok değişkenli analizlerde ruh sağlığı hizmet ihtiyacı incelenmiş, ancak ruh sağlığı hizmetine başvuru incelenememiştir. Son olarak, çalışmada kullanılan ölçme araçları klinik olarak geçerli araçlar olmasına rağmen, klinik tanı koymayı sağlayacak görüşme araçları olmamaları çalışmanın gücünü sınırlandırmaktadır.

## SONUÇ

Bu çalışma, Suriyeli sığınmacıların çok sayıda savaş travması yaşamalarına ve ruhsal sorunlarının yaygın olmasına rağmen ruh sağlığı hizmetlerine nadiren başvurdıklarını gösteren önceki çalışmaların bulgularını desteklemektedir. Ruh sağlığı hizmetlerine erişimin önündeki en önemli engeller, dil

sorunları ve ulaşılabilecek ruh sağlığı hizmetlerine ilişkin bilgi eksikliğidir. Ruhsal sorunlar için başvurunun sığınmacılar için öncelik taşımadığı, bunun temel nedeninin ise farkındalık eksikliği olduğu anlaşılmaktadır. Bulgularımız, sığınmacılardaki ruh sağlığı sorunları ve mevcut hizmetler hakkında bilgi ve farkındalık arttırmanın acil bir ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Son olarak, ruh sağlığı hizmetlerinin önündeki engellere ilişkin gelecekteki çalışmalar, hizmetlerin kullanımındaki cinsiyet farklarına odaklanmalıdır. Sığınmacıların karşılanmamış ruh sağlığı ihtiyaçları genel olarak çok yüksek olmakla birlikte, bulgularımız kadın sığınmacılarda bu ihtiyacın daha da yüksek olduğunu düşündürmektedir.

## KAYNAKLAR

- Abdel-Khalek AM (1998) Internal consistency of an Arabic adaptation of the Beck Depression Inventory in four Arab countries. *Psychol Rep* 82: 264-6.
- Al-Soleiti M, Abu Adi M, Nashwan A ve ark. (2021) Barriers and opportunities for refugee mental health services: clinician recommendations from Jordan. *Glob Ment Health* 8:e38.
- Bartolomei J, Baeriswyl-Cottin R, Framprevdo D ve ark. (2016) What are the barriers to access to mental healthcare and the primary needs of asylum seekers? A survey of mental health caregivers and primary care workers. *BMC Psychiatry* 16: 336.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M ve ark. (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 4: 561-71.
- de Anstiss H, Ziaian T, Procter N ve ark. (2009) Help-seeking for mental health problems in young refugees: a review of the literature with implications for policy, practice, and research. *Transcult Psychiatry* 46: 584-607.
- Derr AS (2016) Mental Health Service Use Among Immigrants in the United States: A Systematic Review. *Psychiatr Serv* 67: 265-74.
- Doğan N, Dikeç G, Uygun E (2019) Syrian refugees' experiences with mental health services in Turkey: "I felt lonely because I wasn't able to speak to anyone". *Perspect Psychiatr Care* 55: 673-80.
- El Chammay R, Kheir W, Alaouie H (2013) Assessment of mental health and psychosocial support services for Syrian refugees in Lebanon. Beirut, Lebanon: United Nation High Commissioner for Refugees [https://www.ecoi.net/en/file/local/1264803/1930\\_1393582705\\_mentalhealthserviceassessmentdec2013.pdf](https://www.ecoi.net/en/file/local/1264803/1930_1393582705_mentalhealthserviceassessmentdec2013.pdf) adresinden indirilmiştir.
- Fauk NK, Ziersch A, Gesesew ve ark. (2021) Migrants and Service Providers' Perspectives of Barriers to Accessing Mental Health Services in South Australia: A Case of African Migrants with a Refugee Background in South Australia. *Int J Environ Res Public Health* 18: 8906.
- Fenta H, Hyman I, Noh S (2006) Mental health service utilization by Ethiopian immigrants and refugees in Toronto. *J Nerv Ment Dis* 194: 925-34.
- Fuhr DC, Acarturk C, McGrath M ve ark. (2019) Treatment gap and mental health service use among Syrian refugees in Sultanbeyli, Istanbul: a cross-sectional survey. *Epidemiol Psychiatr Sci* 29:1-11.
- Guarnaccia PJ, Martinez I, Acosta H (2005) Chapter 2. Mental Health in the Hispanic Immigrant Community: An Overview. *J Immigr Refug Stud* 3: 21-46.
- Guruge S, Sidani S, Illesinghe V ve ark. (2018) Healthcare needs and health service utilization by Syrian refugee women in Toronto. *Confl Health* 3: 46.
- Hassan G, Ventevogel P, Jefe-Bahloul H ve ark. (2016) Mental health and psychosocial wellbeing of Syrians affected by armed conflict. *Epidemiol Psychiatr Sci* 25: 129-41.
- Hawkes C, Norris K, Joyce J ve ark. (2021) Individuals of refugee background resettled in regional and rural Australia: A systematic review of mental health research. *Aust J Rural Health* 29: 850-64.

- Hendrickx M, Woodward A, Fuhr DC ve ark. (2020) The burden of mental disorders and access to mental health and psychosocial support services in Syria and among Syrian refugees in neighboring countries: a systematic review. *J Public Health (Oxf)* 42: 299-310.
- Jack-Ide IO, Uys L (2013) Barriers to mental health services utilization in the Niger Delta region of Nigeria: service users' perspectives. *Pan Afr Med J* 14: 159.
- Karadağ Ö, Kılıç C, Kaya E ve ark. (2021) Challenges and lessons learned in mental health research among refugees: a community-based study in Turkey. *BMC Public Health* 21: 1-8.
- Kaya E, Kılıç C, Karadağ Çaman Ö ve ark. (2019) Posttraumatic Stress and Depression Among Syrian Refugees Living in Turkey: Findings from an Urban Sample. *J Nerv Ment Dis* 207: 995-1000.
- Kılıç C (1998) Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiştirimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı.
- Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M ve ark. (2011) Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ* 183: 959-67.
- Kiselev N, Pfaltz M, Haas F ve ark. (2020) Structural and socio-cultural barriers to accessing mental healthcare among Syrian refugees and asylum seekers in Switzerland. *Eur J Psychotraumatol* 11: 1717825.
- Laban CJ, Gernaat HB, Komproe IH ve ark. (2007) Prevalence and predictors of health service use among Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 42: 834-44.
- Maconick L, Ansbros E, Ellithy S ve ark. (2020) "To die is better for me", social suffering among Syrian refugees at a noncommunicable disease clinic in Jordan: a qualitative study. *Confl Health* 14: 63.
- Maier T, Straub M (2011) "My head is like a bag full of rubbish": concepts of illness and treatment expectations in traumatized migrants. *Qual Health* 21: 233-48.
- Mollica RF, Caspi-Yavin Y, Bollini P (1992) The Harvard Trauma Questionnaire: validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *J Nerv Ment Dis* 180: 111-6.
- M'Zah S, Lopes Cardozo B, Evans DP (2019) Mental Health Status and Service Assessment for Adult Syrian Refugees Resettled in Metropolitan Atlanta: A Cross-Sectional Survey. *J Immigr Minor Health* 21:1019-25.
- Nadeau L, Measham T (2006) Caring for migrant and refugee children: challenges associated with mental health care in pediatrics. *J Dev Behav Pediatr* 27: 145-54.
- Satinsky E, Fuhr DC, Woodward A (2019) Mental health care utilisation and access among refugees and asylum seekers in Europe: A systematic review. *Health Policy* 123: 851-63.
- Shoeb M, Weinstein H, Mollica R (2007) The Harvard Trauma Questionnaire: Adapting a Cross-Cultural Instrument for Measuring Torture, Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Iraqi Refugees. *Int J Soc Psychiatry* 53: 447-63.
- Sijbrandij M, Acarturk C, Bird M ve ark. (2017) Strengthening mental health care systems for Syrian refugees in Europe and the Middle East: integrating scalable psychological interventions in eight countries. *Eur J Psychotraumatol* 8(Suppl. 2): 1388102.
- Steel Z, Chey T, Silove D ve ark. (2009) Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 302:537-49.
- Tekeli-Yesil S, Işık E, Unal Y ve ark. (2018) Determinants of mental disorders in Syrian refugees in Turkey versus internally displaced persons in Syria. *Am J Public Health* 108:938-45.
- T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Başkanlığı (2019) Göç İstatistikleri. Erişim adresi: [http://www.goc.gov.tr/icerik6/gecici-koruma\\_363\\_378\\_4713\\_icerik](http://www.goc.gov.tr/icerik6/gecici-koruma_363_378_4713_icerik) Erişim tarihi: 18 Ocak 2019.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Göç Sağlığı Dairesi Başkanlığı (2021) Göçmen Sağlığı Merkezi. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/gocmen-sagligi-merkezleri.html> Erişim tarihi: 04 Nisan 2021.
- UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees) The UN Refugee Agency (2021) Syria emergency. Erişim adresi: <https://www.unhcr.org/syria-emergency.html> Erişim tarihi: 15 Ekim 2021.
- West J (1985) An Arabic validation of a depression inventory. *Int J Soc Psychiatry* 31:282-9.

**Teşekkür:** *Saha ekibimizin üyeleri Reshed Abohalaka, Sanaa Ishag, Raghad Kurdi, Heba Salama, Arwa Bayraktar ve Mohamed Sryh'e veri toplamadaki destekleri için teşekkür ederiz. Ayrıca, Hacettepe Üniversitesi'ne ve saha çalışmasını onayladıkları için İçişleri Bakanlığı, Göç İdaresi Genel Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı'na teşekkür ederiz.*

# Keşmir’de Psikiyatrik Bozuklukların Tedavisine Yönelik Sevk Yolları - Hindistan’dan Bir Çalışma



Shoib SHEIKH<sup>1</sup>, Mohd Saleem SHEIKH<sup>2</sup>, Mohammed Shaiful Islam SHEIKH<sup>3</sup>

## ÖZET

**Amaç:** Keşmir bölgesinde devam eden çatışmalar, emniyetsizlik ve sağlık personelinin üstlendiği temel görevler psikiyatri hizmetlerine erişimi zorlaştırmaktadır. Bu nedenle bu çalışma kapsamında Keşmir, Hindistan bölgesinde ruh sağlığı hizmetlerine ana erişim yollarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Kesitsel ve hastane temelli bu çalışma, Mart 2012 ile Haziran 2017 tarihleri arasında Keşmir’de bulunan psikiyatri hastalıkları hastanesinin psikiyatri polikliniğinde gerçekleştirilmiştir. Bu hizmete yeni sevk edilen hastaların seçilmesi için kolayda örneklem yöntemi kullanılmıştır. Katılımcıların demografik verilerine ve ruhsal bozukluklarına yönelik tedavi almak amacıyla başvurdukları ana yollara ilişkin bilgi toplamak amacıyla bir anket oluşturulmuştur.

**Bulgular:** Çalışma 518 hasta ile yürütülmüştür. Katılımcıların yarısına yakını (%48,8) bir doktor veya nörolog gibi genel bir sevk ağı ile; %31,8’i ise önemli bir psikiyatrik bozukluk nedeniyle klinik konsültasyona başvurmuştur. Hastaların bir kısmı (%17,8) ise geleneksel şifacılar tarafından ruh sağlığı hizmetlerine yönlendirilmiştir.

**Sonuç:** Çalışmada Keşmir Hindistan bölgesinde ruh sağlığı hizmet ağına ulaşımın çeşitli yollarla sağlandığı gözlemlenmiştir. Keşmir nüfusunun ruh sağlığı hizmetlerine erişiminin artırılması ve tedavi açığının ele alınması için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Psikiyatrik Hastalıklar, Sevk, Yol, Çatışma

## ABSTRACT

### Referral Network Pathways of Care for Psychiatric Disorders in Kashmir – A Study from India

**Objective:** Access to psychiatry services in Kashmir is challenging because of active enduring conflict, insecurity and a fundamental role played by the traditional health workers. We aimed to assess the main pathways to mental health services in Kashmir, India.

**Methods:** This cross-sectional hospital-based study was performed from March 2012 to June 2017 in the outpatient psychiatry department at a psychiatric disease hospital in Kashmir. A convenience sampling method was used to select newly referred patients to the services. A survey was developed to collect information on demographic data and the main pathways for patients when seeking care for mental disorders.

**Results:** A total of 518 patients were interviewed. About half of the respondents (48.8 %) attended clinical consultation from a general pathway like a physician or a neurologist, while 31.8% were visiting a psychiatrist for a significant psychiatric disorder. For some patients (17.8%), their initial pathway to mental health services is traditional healers.

**Conclusion:** The current study revealed different pathways to seeking psychiatric care in Kashmir India. Further studies are needed to address the treatment gap and ways to improve access to mental health services for the Kashmir population.

**Keywords:** Psychiatric Disorders, Referral, Pathway, Conflict

## GİRİŞ

Dünya genelinde 450 milyondan fazla insan bir tür zihinsel, psikososyal veya nörolojik sorundan muzdariptir (Sagat ve ark. 2020). Hindistan’da neredeyse her yedi Hintliden biri ruhsal zorluk ile karşı karşıyadır. Çalışma bölgesi özelinde Keşmir’in yetişkin nüfusunun %45’inin (1,8 milyon) hayatının herhangi bir döneminde bir ruhsal hastalığa sahip olduğu,

bu ruhsal hastalıkların ise en sık depresyon (%41), anksiyete (%26) ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) (%19) şeklinde olduğu öngörülmektedir (Housen ve ark. 2017). Dikkate alınması gereken bir diğer husus da, ruhsal bozuklukların oluşturduğu yükün yeterince üstesinden gelinememesi nedeniyle dünya genelinde ruh sağlığı bozukluklarına yönelik büyük bir tedavi açığının bulunmasıdır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, ruhsal bozukluğu olan hastaların yaklaşık üçte

**Geliş Tarihi:** 20.09.2021, **Kabul Tarihi:** 12.02.2022, **Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 04.03.2024

<sup>1</sup>Nöropsikiyatrist, Jawahar Lal Nehru Memorial Hastanesi, Psikiyatri Bl., Srinagar, Keşmir, Hindistan; <sup>2</sup>Halk Sağlığı Uzmanı, Bağımsız Halk Sağlığı Araştırmacısı, Srinagar, Jammu ve Keşmir, Hindistan; <sup>3</sup>Doç., Deakin Üniv. Fiziksel Aktivite ve Beslenme Enstitüsü, Melbourne, Avustralya.

**Dr. Shoib Sheikh, e-posta:** sheikhshoib22@gmail.com

ikisinin tedavi görmediği tahmin edilmektedir (Dünya Sağlık Örgütü 2013). Dünya genelinde insan kaynakları açısından psikiyatr sayısı azdır; küresel ortalamalara göre her 100 bin insan başına yaklaşık bir psikiyatr düşmektedir. Yüksek gelirli ülkeler, düşük gelirli ülkelere kıyasla neredeyse 120 kat daha fazla sayıda psikiyatra sahiptir (Dünya Sağlık Örgütü 2021). Hindistan Hükümeti'nin toplam harcamasının %1,30'unun sağlık sektörüne ayrılmasına karşın ülkede her 100 bin kişi başına 0,29 psikiyatr görev yapmaktadır. Bu çerçevede ruh sağlığı hizmetlerinin nitelik, nicelik ve ülke geneline dağılımı bakımından eksik olduğu aşikardır (Dünya Sağlık Örgütü 2017). Arzu edilen oranın her 100 bin insan başına üç üzeri psikiyatr olmasına karşın Hindistan'da 100 bin kişi başına 0,75 psikiyatr düşmektedir (Singh Bhandari ve ark. 2020). Bu bağlamda, arzu edilen oranın belirtilen düzeyde kabul edildiği bu çalışmada, Hindistan'da bu oranın karşılanabilmesi için 36 bin psikiyatra ihtiyaç olduğu; mevcut nüfus göz önünde bulundurulduğunda ülkenin 27 bin psikiyatr açığı olduğu belirtilmektedir (Garg ve ark. 2019).

Hindistan'da kamu sağlık sistemi ve özel sağlık sistemini içeren karma bir sağlık sistemi bulunmaktadır. Kamu ve özel sağlık sistemlerinin her ikisi de Hindistan'ın kentsel ve kırsal bölgelerine sağlık hizmeti sunmaktadır. Özel sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı şehir bölgelerinde yer almakta olup ciddi vakalara yönelik uzman müdahaleler de dâhil olmak üzere ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunmaktadır. Kamu sağlık sistemi nüfus normları temel alınarak üç basamaklı şekilde tasarlanmış olup, sistem kapsamında sunulan hizmetler koruyucu hizmetler, tıbbi tedavi ve sağlık hizmetlerini içermektedir. Bu üç basamaklı sistem dahilinde alt merkezler ve birinci basamak sağlık merkezleri de birinci basamak sağlık sistemleri de mevcuttur. İkinci basamak sağlık hizmetleri sistemi toplum sağlığı merkezlerini ve alt bölge hastanelerini; üçüncü basamak sağlık hizmetleri bölge hastanelerini, üçüncü basamak hastaneleri ve tıp fakültelerini içermektedir (Aggarwal 2008). Tedavi yolları, bir psikiyatri hastasının bir ruh sağlığı uzmanına (RSU) sevkı ile beraber takip ettiği adımlar olarak tanımlanmaktadır. Jammu ve Keşmir'de ikinci ve üçüncü aşama sistemleri kapsayan, kamu sağlık sisteminin temel alındığı iki aşamalı bir model (ente gre ruh sağlığı sistemi) kademeli olarak geliştirilmiştir. Bu iki aşamalı sistem, bölgenin yalnızca birkaç büyük ilçesinde uygulanmaktadır ve bölgede bulunan ilçelerin birçoğunda henüz toplum ruh sağlığı çalışanı bulunmamaktadır. İllerde ve büyük ilçelerde bulunan ruh sağlığı kuruluşları sistemin en yüksek aşamasını oluşturmaktadır ve yönetim kılavuzlarının hazırlanmasından bölgedeki tüm ruh sağlığı hizmetlerine rehberlik ve destek sunumundan sorumludur. Alt düzey (kasaba veya semt aşaması) ise az gelişmiş ilçe hastanelerinde yer alan ruh sağlığı kliniklerini kapsamaktadır. Yetkililer ruh sağlığı hizmetlerinin temini için bu modeli yıllardır uygulamaya çalışmaktadır. Bölgemizde özel ve kamu sağlık kuruluşları

arasında maliyet eşitsizliği bulunmaktadır ve nüfusun büyük bir bölümü finansal yönden istikrarsız olup cepten harcamalar ile hayatlarını idame ettirmektedir.

Hindistan sağlık sektörü, ruh sağlığı hizmetleri ve bu hizmetlere erişim bakımından eşitsizlikler içermektedir. Bu hizmetlere yalnızca özel hastanelerin yüksek ücretlerini karşılayabilen veya mahallesinde/ilçesinde bulunan hastanelere kolaylıkla başvurabilen bireyler erişebilmektedir (Gater ve ark. 1991). Keşmir'de etkili konsültasyon ve iletişime yönelik bir eksiklik bulunmakta olup bu eksiklik zaten istikrarsız durumda olan sağlık sistemine mali bir yük teşkil etmektedir. Ruhsal bozukluğu olan hastaların tedavisi, bölümler arası iyi düzeyde eş güdüm ve sevk sistemlerinin varlığını gerektirmektedir (Gania ve ark. 2016). Ayrıca, başta Hindistan olmak üzere gelişmekte olan ülkelerdeki toplumların ruh sağlığı okuryazarlığı hususunda belirgin düzeyde bilgi eksikliği içinde olması da bu sorunu daha da derinleştirmektedir. Düşük ruh sağlığı okuryazarlığı, ruh sağlığı kuruluşlarının hâlihazırda az sayıda olduğu yoksul ülkelerde halk açısından vahim sonuçlar doğurabilmekte ve akıl hastalıklarının tedavisi ve teşhisi önünde bir engel oluşturmaktadır (Saxena ve ark. 2007). Geleneksel ve ruhani şifacılar, yoksul ülkelerin ruh sağlığı sisteminde önemli bir rol oynamaktadır (Mushtaq ve Margooob 2006). Keşmir bölgesinde de ruhani ve dinî şifa geleneği mevcuttur. Halk, tedavi ihtiyaçları için bu şifacılarla başvurmaktadır. Bu bağlamda Pir ve Fakirler, hastaların öncül travmatik vakalar ile ilk yüzleştiği alanları oluşturmaktadır (Saldanha 2005). Pir ve Fakirler, Keşmir bölgesinin ruhani ve geleneksel şifacılarıdır. Yukarıda belirtilen sebeplerin yanı sıra mevcut kaynakların dağılımında meydana gelen eksiklikler veya bu kaynakların adaletsiz dağıtılması nedeniyle Keşmir ruh sağlığı sistemleri, herhangi bir akıl hastalığından muzdarip hastalara iyi düzeyde ruh sağlığı hizmeti sunacak düzeyde sistematize değildir.

Bu çalışmanın amacı, akıl hastalığından muzdarip kimselerin yüzde kaçının yardım aldığı, yardım almak amacıyla kimlere başvurduğu ve terapi alması için gereken sürenin sahip olunan soruna göre değişip değişmediğini tespit etmektir.

Çalışmada bu boşluğun ele alınmasına yönelik olarak ruh sağlığı ve hastalıklarının sevk boyutu değerlendirilmiş, böylece Keşmir bölgesindeki ruh sağlığı sisteminin daha iyi kayranması sağlanmıştır.

## YÖNTEM

### Çalışma Tasarımı

Kesitsel ve hastane temelli bu çalışma, Mart 2012 ile Haziran 2017 tarihleri arasında Keşmir'de bulunan psikiyatri hastalıkları hastanesinin psikiyatri polikliniğinde gerçekleştirilmiştir. Keşmir Psikiyatrik Hastalıklar Hastanesi tüm bölgelerden

hastalara açıktır. Hastane, ruh sağlığı hizmetleriyle tanınmaktadır ve hastanede psikiyatrlar görev yapmaktadır.

### Örneklem Boyutu

Tedavi yolları, bir psikiyatri hastasının bir ruh sağlığı uzmanına (RSU) sevk ile takip ettiği adımlar olarak tanımlanmaktadır. İlgili ruh sağlığı sisteminin fizibilite sorunları göz önünde bulundurularak ve sevk yolları yöntemine ilişkin, (Gupta ve ark. 2021) merkez başına en az 50 katılımcı içeren çalışma deneyimlerinden faydalanılarak toplamda 518 hasta ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir (GPDH ve toplum merkezi, SMHS Hastanesi olmak üzere iki merkez seçilmiştir.)

### Örneklem

Kolayda örneklem yöntemi kullanılarak RSU'ya yakın zamanda yönlendirilen ve bu çalışmaya katılmayı kabul eden tüm kişilerle görüşülmüştür. Yakın zamanda yönlendirilen hastalar, Keşmir Psikiyatrik Hastalıklar Hastanesi Psikiyatri Bölümüne ilk defa başvurmuş ve önceki bir yıl içinde ruh sağlığı hizmetlerinden faydalanmamış ruhsal bozukluğu olan genel nüfus olarak tanımlanmıştır. Bu çalışmanın amacı, Hindistan'ın iki aşamalı sağlık sistemine dâhil olan farklı kuruluşlar arasında gerçekleşen sevk sistemini incelemektir. Bu nedenle, Keşmir Psikiyatrik Hastalıklar Hastanesi Psikiyatri Bölümünün farklı bölümlerinden sevk edilmiş hastalar örnekleme alınmamıştır. Ağır düzeyde akıl hastalığı teşhisi nedeniyle soruları yanıtlandıramayan katılımcılar yerine bu katılımcılara eşlik eden aile fertleri veya akrabalar; 18 yaşının altındaki katılımcılar yerine de bu katılımcıların ebeveynleri görüşmeye alınmıştır.

### Çalışma Aracı

Veriler yapılandırılmış anketler ile toplanmıştır. Bu yapılandırılmış anket, DSÖ'nün bakım hizmetlerine erişim yolu çalışmasının metodolojisi ve erişim yolu temas formu takip edilerek diğer bakıp hizmetlerine erişim yolu çalışmalarının kavramlarına uygun olacak şekilde oluşturulmuştur. Çalışmada kullanılan diğer anket ise sosyodemografik ve kişisel özellikleri içermektedir (Gater ve ark. 1991). Toplumsal cinsiyet, yeterlilik, medeni duruma ilişkin temel demografik ve kişisel özellikler bilgi formuna dâhil edilmiştir.

### Etik Hususlar

Araştırma protokolü kurumsal inceleme kurulu tarafından onaylanmıştır (KU-2019). Her bir görüşmeden önce katılımcılar bilgilendirilmiş olup, yazılı onamları alınmıştır.

### İstatistiksel Analiz

Veriler bir Microsoft Excel tablosuna girilmiştir. Sürekli değişkenler ortalama ve standart sapma, kategorik değişkenler

yüzde olarak özetlenmiştir. İki kategorik değişken arasındaki bağımsız ki-kare testi ile ölçülmüştür. 0,05'ten küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Tüm istatistiksel analizler SPSS 20.0 ile yapılmıştır.

## BULGULAR

Çalışmaya toplam 518 hasta katılmıştır. Bu katılımcıların çoğu 31-40 yaşları arasındaki (%35,1) kadınlardır (%68,7) ve bu yaş grubunu %24,3 ile 41-50 yaş grubu takip etmektedir (Tablo 1). Hastalık semptomlarının başlangıcından itibaren deneyimlenen ortalama gecikme ve bir psikiyatriste başvurmak için takip edilen yol Tablo 2'de gösterilmektedir. Çalışmaya katılan hastaların çoğu sırasıyla majör depresif bozukluk (MDB) (%26,64), bipolar affektif bozukluk (BAB) (%16,98), obsesif kompulsif bozukluk (OKB) (%16,02) ve şizofreni (%14,67) tanısı almıştır. Tutulma (possession) bozukluğunda ortalama hastalık süresinin nispeten daha az olduğu gözlemlenmiştir (5, 6 hafta). BAB, dissosiyasyon bozukluğu, MDB, OKB, panik bozukluk ve şizofreni gibi akıl hastalıklarının ortalama hastalık süresi sırasıyla 6, 12-6, 80 hafta arasında değişmektedir. Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ve fobik bozukluklar gibi hastalıkların ortalama hastalık süresinin sırasıyla 7,33 ve 8,08 hafta ile diğer hastalıklardan nispeten daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Ortalama kat edilen mesafe bağlamında dissosiyasyon bozukluğu, YAB, panik bozukluk ve şizofreni gibi rahatsızlıkları olan hastaların RSU'ya ulaşmak amacıyla 60 km'den fazla yol kat ettikleri tespit edilmiştir. Ayrıca, akıl hastalığı türü ile ortalama hastalık süresi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,001$ ). Tanı almış tüm katılımcılara ilişkin açıklamalar, psikiyatriste başvurmadan önce tedavi amacıyla başvurdukları doktorların türü ve uzmanlıklarına yönelik detaylarla beraber Tablo 3'te listelenmektedir. MDB teşhisi konan hastaların çoğu (%26,64) RSU'ya başvurmadan önce bir doktora (%5,79), nöroloğa (%4,05) veya bir şifacıya (%1,73) başvurmuştur. Bu hastaların birçoğu (%2,50) aynı zamanda kesin tanıları alana kadar kendi kendini tedavi yöntemlerine başvurmuştur. Benzer

**Tablo 1.** Çalışma Popülasyonunun Yaş ve Cinsiyet Dağılımı (n=518)

| Özellik   | Alt grup | n   | %     |
|-----------|----------|-----|-------|
| Cinsiyet  | Kadın    | 35  | 68,72 |
|           | Erkek    | 162 | 31,27 |
| Yaş (yıl) | 15-20    | 14  | 2,70  |
|           | 21-30    | 151 | 29,15 |
|           | 31-40    | 185 | 35,17 |
|           | 41-50    | 126 | 24,32 |
|           | 51-60    | 38  | 7,33  |
|           | 61-70    | 4   | 0,77  |

**Tablo 2.** Ruhsal Bozukluk Türü ve İlk Başvurudan Ruh Sağlığı Uzmanına (RSU) Kadar Geçen Ortalama Zamanın Dağılımı

| Tanı                          | Hasta Sayısı n (%) | İlk başvuru n (%) | İkinci başvuru n (%) | Üçüncü başvuru n (%) | Dördüncü başvuru n (%) | Beşinci başvuru n (%) | Ortalama Zaman (Ay; Ort.±S.S.) | Ortalama Uzaklık (SS/Km; Ort.±S.S.) | Kareler Toplamı (df) | F p-değeri |
|-------------------------------|--------------------|-------------------|----------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------------|------------|
| Genel ortalama                | -                  | -                 | -                    | --                   | -                      | -                     | 6,68±1,21                      | 58,31±0,18                          | 25,697 (6)           | 1 0,649    |
| Fobik bozukluk                | 12(2,31)           | 2 (16,6)          | 7 (58,3)             | 1 (8,3)              | 1 (8,3)                | 1(8,3)                | 8,08±0,82                      | 55,00±9,69                          |                      |            |
| BAB                           | 88(16,9)           | 32(36,3)          | 39(44,3)             | 10(11,3)             | 4(0,0)                 | 3(0,0)                | 6,34±0,30                      | 57,59±3,58                          |                      |            |
| Tutulma (posession) bozukluğu | 10(1,9)            | 1(10,0)           | 9(90,0)              | 0(0,0)               | 0(0,0)                 | 0(0,0)                | 5,6±0,90                       | 53,6±10,61                          |                      |            |
| Dissosiyasyon bozukluğu       | 40(7,7)            | 3(7,5)            | 29(72,5)             | 3(7,5)               | 2(5,0)                 | 3(7,5)                | 6,8±0,45                       | 62,58±5,31                          |                      |            |
| YAB                           | 12(2,3)            | 1(8,3)            | 10(83,3)             | 0(0,0)               | 1(8,3)                 | 0(0,0)                | 7,33±0,82                      | 61,16±9,69                          |                      |            |
| MDB                           | 138(26,6)          | 23(16,6)          | 94(68,1)             | 5(3,6)               | 9(3,6)                 | 7(5,0)                | 6,78±0,24                      | 50,09±2,87                          |                      |            |
| OKB                           | 83(16,0)           | 20(24,0)          | 51(61,4)             | 9(10,8)              | 2(2,4)                 | 1(1,2)                | 6,53±0,31                      | 48,75±3,68                          |                      |            |
| Panik Bozukluk                | 59(11,3)           | 4(6,7)            | 45(76,2)             | 1(1,6)               | 6(10,1)                | 3(5,0)                | 6,12±0,37                      | 63,25±3,67                          |                      |            |
| Şizofreni                     | 76(14,6)           | 27(35,5)          | 38(50,0)             | 5(6,5)               | 5(6,5)                 | 1(1,3)                | 6,48±0,33                      | 61,74±3,85                          |                      |            |
| Toplam                        | 518(100,0)         | 113(21,8)         | 322(62,1)            | 34(6,5)              | 30(5,7)                | 19(3,6)               | -                              | -                                   |                      |            |

BAB= Bipolar affektif bozukluk; MDB=Major depresif bozukluk; OKB= Obsesif kompulsif bozukluk; Ort.= Ortalama, S.S.= Standart Sapma; YAB= Yaygın anksiyete bozukluğu; p<0,05 %95 güven aralığında anlamlı kabul edilmiştir.

**Tablo 3.** Hastalık Özellikleri ve Hastaların Psikiyatrik Tedaviye İlk Başvurdıkları Yerlerin Çapraz Tablosu

| Ayrıntılar                | Fobik bozukluk | BAB      | Tutulma (posession) bozukluğu | Dissosiyatif bozukluk | YAB     | MDB       | OKB      | Panik Bozukluk | Şizofreni | $\chi^2$ (df) | P-değeri | Toplam    |
|---------------------------|----------------|----------|-------------------------------|-----------------------|---------|-----------|----------|----------------|-----------|---------------|----------|-----------|
| Psikiyatrlar              | 2(1,7)         | 32(28,3) | 1(0,8)                        | 3(2,6)                | 1(0,8)  | 23(20,3)  | 20(17,6) | 4(3,5)         | 27(23,8)  | 36,606(8)     | <0,001*  | 113(21,8) |
| Doktor                    | 2 (4,0)        | 0(0,0)   | 0(0,0)                        | 0(0,0)                | 0(0,0)  | 25(51,0)  | 14(28,5) | 6(12,2)        | 2(4,0)    | 45,560 (8)    | <0,001*  | 49(9,4)   |
| Cerrah                    | 0(0,0)         | 0(0,0)   | 0(0,0)                        | 0(0,0)                | 0(0,0)  | 3(20,0)   | 1        | 6(40,0)        | 0(0,0)    | 23,997(8)     | 0,002*   | 15((2,8)  |
| Kardiyolog                | 0(0,0)         | 0(0,0)   | 0(0,0)                        | 5(14,2)               | 5(14,2) | 3(8,5)    | 7(20,0)  | 13(37,1)       | 2(5,7)    | 74,181(8)     | <0,001*  | 35(6,7)   |
| KBB Uzmanı                | 0(0,0)         | 0(0,0)   | 0(0,0)                        | 0(0,0)                | 1(7,6)  | 10(76,9)  | 1(7,6)   | 0(0,0)         | 1(7,6)    | 30,588(8)     | <0,001*  | 13(2,5)   |
| Nörolog                   | 0(0,0)         | 19(23,4) | 0(0,0)                        | 20(24,6)              | 0(0,0)  | 21(25,9)  | 6(7,4)   | 0(0,0)         | 15(18,5)  | 62,909(8)     | <0,001*  | 81(15,6)  |
| Endokrinolog              | 0(0,0)         | 0(0,0)   | 0(0,0)                        | 0(0,0)                | 0(0,0)  | 10(71,4)  | 0(0,0)   | 4(28,5)        | 0(0,0)    | 27,409(8)     | <0,001*  | 14(2,7)   |
| Eczane                    | 2(4,4)         | 9(20,0)  | 0(0,0)                        | 0(0,0)                | 0(0,0)  | 8(17,7)   | 5(11,1)  | 9(20,0)        | 12(26,6)  | 26,099(8)     | <0,001*  | 45(8,6)   |
| Kendi Kendine Tedavi      | 0(0,0)         | 0(0,0)   | 0(0,0)                        | 0(0,0)                | 0(0,0)  | 12(92,3)  | 0(0,0)   | 1(7,6)         | 0(0,0)    | 32,826(8)     | <0,001*  | 13(2,5)   |
| Allopatik olmayan tedavi  | 1(5,0)         | 0(0,0)   | 0(0,0)                        | 0(0,0)                | 0(0,0)  | 5(25,0)   | 5(25,0)  | 4 (20,0)       | 5(25,0)   | 16,776(8)     | 0,03*    | 20(3,8)   |
| Gastroenteroloji          | 5(17,8)        | 6(21,4)  | 0(0,0)                        | 0(0,0)                | 4(14,2) | 4(14,2)   | 5(17,8)  | 0(0,0)         | 4(21,2)   | 102,992(8)    | <0,001*  | 28(5,4)   |
| Göğüs Hastalıkları Uzmanı | 0(0,0)         | 0(0,0)   | 0(0,0)                        | 0(0,0)                | 1(7,6)  | 5(38,4)   | 2(15,3)  | 5(38,4)        | 0(0,0)    | 25,208(8)     | <0,001*  | 13(2,5)   |
| Dini şifacı               | 0(0,0)         | 22(27,8) | 9 (11,3)                      | 12(15,1)              | 0(0,0)  | 9(11,3)   | 12(15,1) | 7(8,8)         | 8(10,1)   | 81,778(8)     | <0,001*  | 79(15,2)  |
| Toplam                    | 12(2,3)        | 88(16,9) | 10(1,9)                       | 40(7,7)               | 12(2,3) | 138(26,6) | 83(16,0) | 59(11,3)       | 76(14,6)  | -             | -        | 518(100)  |

BAB= Bipolar affektif bozukluk; KBB= kulak burun boğaz; MDB= Majör depresif bozukluk; OKB= Obsesif kompulsif bozukluk; YAB= Yaygın anksiyete bozukluğu; \*p<0,05 %95 güven aralığında anlamlı kabul edilmiştir.



şekilde, BAB tanısı konulan hastaların (%16,90) RSU'ya başvurmada önce dinî şifacıları (%3,47) veya nörologları (%27,02) ziyaret ettiği bulgulanmıştır. Dissosiyasyon bozukluğu olan hastaların da (%7,72) bir RSU'ya danışmadan önce nörologlara (%3,86) veya dinî şifacılara (%2,89) başvurduğu gözlemlenmiştir. Panik bozukluğu olan hastaların (%11,38) öncelikle kardiyologlara (%2,89) başvurduğu görülmüştür. Bu grubu eczacıların rahatsızlıklarına yönelik verdikleri tedavi tavsiyeleri (%2,50) takip etmektedir. Ruhsal bozukluk ile başvuru uzmanlık alanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır.

## TARTIŞMA

Bu çalışmada Keşmir bölgesinde bulunan ve ruhsal bozukluklardan muzdarip insanların takip ettiği yollara dair bilgiler sunulmaktadır. Bulgular, kamu psikiyatri kuruluşuna başvurmuş ruhsal bozukluklara sahip insanların çoğunun resmî kamu ruh sağlığı hizmet merkezlerinden önce ilk temas noktası olarak psikiyatri dışı tedavi merkezlerine başvurduğunu göstermektedir. Hastaların çoğu başlangıçta diğer psikiyatri dışı hizmet sağlayıcılarına başvurmuş olsa da bulgular, ruhsal bozukluğu olan hastaların sadece küçük bir yüzdesinin (%31,8) tedavi için doğrudan resmî psikiyatri kurumuna başvurduğunu göstermektedir. Bu durum, dünyanın diğer bölgelerinde yapılan benzer çalışmalarla çelişki içerisindedir (Appiah-Poku ve ark. 2004, Ngoma ve ark. 2003). Ruhsal bozukluklar, Hindistan'ın toplam hastalık yükünün %5,6'sını teşkil etmektedir. Hindistan'da ruhsal bozuklukların yalnızca %10'u tedavi edilmektedir (Hashimoto ve ark. 2015). Birinci basamak tedavi hizmetleri Hindistan'ın ulusal ruh sağlığı programı kapsamında sunulmakta olup Hindistan, gelişmekte olan ülkeler arasında toplum temelli ruh sağlığı tedavisi aracılığıyla birinci basamak ruh sağlığı tedavi hizmeti sunan ilk ülkedir (Venkatesh ve ark. 2015). Keşmir'deki ruh sağlığı hizmetleri, Srinagar'daki iki hastaneyle (GMC Srinagar ve SKIMS Hastanesi) sınırlıdır; ancak Ulusal Ruh Sağlığı Planı ve ilçe ruh sağlığı programları, Keşmir'in birçok ilçesinde başlatılmıştır. Hindistan'ın çeşitli bölgelerinde bölgesel ruh sağlığı programı (DMHP) başlatılmıştır. DMHP, Temmuz 2008'de uygulanmaya başlanmıştır (Shoib ve ark. 2021a, Shoib ve ark. 2021b, Shoib ve Arafat 2020).

Eczaneye giden (%8,8) veya kendi iradesiyle ilaç alan (%2,7) hasta sayıları da gözlemlere dâhil edilmiştir. Bu oran, ruh sağlığı hizmetlerinin hâlihazırda sınırlı olduğu gelişmekte olan ülkelerde gözlemlenen, halk açısından vahim sonuçlar doğuran ve akıl hastalıklarının tedavisi ve teşhisi önünde bir engel oluşturan düşük ruh sağlığı okuryazarlığı ile açıklanabilir (Mushtaq ve Margooob 2006).

Hindistan'da ruh sağlığı hizmetlerinin temini önünde çeşitli engeller bulunmaktadır. Damgalanma, sağlık hizmeti

sunulan birimlerin sayısının düşük olması, sosyoekonomik etmenler, düşük ruh sağlığı okuryazarlığı, ruh sağlığı hizmetlerinin temini önündeki başlıca engellerdir. Ruh sağlığına ilişkin damgalama, bu hizmetlerin temini önündeki en büyük engellerden birisidir. Bu bağlamda ruh hastalıklarına ilişkin damgalamanın azaltılmasına yönelik ihtiyaç karşılanamamaktadır. Bu ihtiyacın karşılanması, ruh sağlığı hizmetlerinin teminini iyileştirecektir (Appiah-Poku ve ark. 2004).

Keşmir bölgesinde bulunan ruh sağlığı hizmetleri, kaynak eksiklikleri veya mevcut kaynakların eşitsiz dağılımı nedeniyle herhangi bir ruh sağlığı sorunundan muzdarip insanlar için ideal düzeyde ruh sağlığı hizmeti sağlayacak düzeyde sistematize edilmemiştir. Bu nedenle hastalar, ulaşımında kolaylık ve fiyatta uygunluğu gözeterek erişilebilir yolları tercih etmektedir. Psikiyatri dışı yollara başvuran hastaların oranı (%48,8), uzmana başvuran hastaların oranından daha yüksektir (%31,8). Bu çalışmaya dahil edilen katılımcıların yarısından azının dinî veya geleneksel şifacılar gibi psikiyatri dışı hizmet sağlayıcılara başvurmasına karşın geleneksel ve ruhani şifacıların ruh sağlığı hizmeti alanında ciddi bir yeri olduğu bilinmektedir. Hindistan'ın başkaca bölgelerinde yürütülen çalışmalarda da aynı bulgular gözlemlenmiş olup, dünyanın diğer bölgelerinde de bazı hastaların kamu psikiyatri hastanelerine başvurmada önce ilk temas noktası olarak dinî şifacılara ve aktarlara başvurduğu yönünde benzer gözlemler yapılmıştır (Girma ve Tesfaye 2011). Bu çalışmada hastaların yalnızca %31,8'inin ilk temas noktası olarak bir psikiyatra başvurduğu bulgulanmıştır. Bu bulgu ile düzgün bir ruh sağlığı eğitime duyulan ihtiyaç gözler önüne serilmekte ve ruh sağlığı bozukluklarına ilişkin damgalamaların azaltılması gerekliliği vurgulanmaktadır.

Ayrıca, ruh sağlığı bozukluğu olan hastaların %17,1'inin ilk teması dinî şifacılar ile olmaktadır. Dinî şifacılara gitme ülke genelinde yaygın olup bu çalışmada bulgulan oran, dinî şifacılara başvurma oranının %30-80 aralığında bulgalandığı öncül çalışmalara da benzerlik göstermektedir. Geleneksel ve dinî şifacılar, gelişmekte olan ülkelerin ruh sağlığı yollarında önemli bir rol oynamaktadır (Jalal ve ark. 2020, Khoso ve ark. 2018). Dinî şifacılar, Keşmir'de uzun bir geçmişe sahiptir. Halk, özellikle tedavi ihtiyaçları için bu şifacılara başvurmaktadır. Pir ve Fakirler, travma geçiren hastaların ilk temas noktalarıdır. Ruh hastalığından muzdarip kişiler genellikle dinî şifacılara başvurur; bu şifacılar, psikiyatri hastalarının %56'sının ruh hastalıklarını hayaletler, kötü ruhlar ve başkaca görünmez güçler ile açıklaması nedeniyle ilk temas noktasını oluşturmaktadır. Dinî şifacılar, dua ve ritüeller yoluyla bu şeytani güçleri kontrol altına almalarını sağlayan özel yeteneklere sahiptir (Sethi ve Trivedi 1979, Village ve Revd 2005).

Gelişmekte olan ülkelerde ruh hastalığı hastalarının ruh sağlığı hizmetlerine doğrudan erişimi bulunmaktadır ve aynı protokolün Keşmir'de de uygulandığı görülmektedir. Bu durum, Yıldız ve ark. (2003)'nın de ruh hastalıkları alanında

birincil bakım düzeyinde etkili tanılarının koyulabilmesi için pratisyen hekimlerin eğitimine yönelik olan ihtiyacı vurguladığı çalışmasında da belirtildiği üzere, Hindistan'da birinci düzey sağlık uzmanlarının ruh hastalıklarının teşhis ve tedavisi hususlarında yeterli eğitim almamasıyla daha da güç bir hâl almaktadır. Ayrıca Ayrancı ve Yenilmez (2002), birinci basamakta psikiyatrik bozuklukların teşhis ve tedavi edilme oranlarının düşük olmasına neden olan bazı faktörleri doktorların bu konuda eğitim almalarına rağmen ruhsal bozuklukları yeterince tanınamaları, ruhsal tarama ölçeklerinin kullanılmaması, hastaların hastalıklarının farkında olmamaları ve doktorlara ruhsal semptomları hakkında yetersiz bilgi vermeleri ve psikiyatrik bozuklukların birlikte görülmesi şeklinde sıralamaktadır. Sağlık ve Aile Refahı Bakanlığı (MOHFW) sağlık ve ruh sağlığı hizmetlerinden sorumlu kuruluştur. Kaynaklar, eyalet sağlık birlikleri aracılığıyla eyaletlere ve bölge sağlık birliklerine dağıtılmaktadır. Hastane ve birinci basamak sağlık hizmetleri için ayrı yönetimler bulunmakta olup hastane hizmetleri sırasıyla Keşmir Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü ile Sağlık ve Tıp Eğitimi Departmanına bağlıdır. Dolayısıyla hastane hizmetlerinden daha sonra uygulamaya konulan birinci basamak ruh sağlığı hizmetleri, özel sektör tarafından ayrı bir şekilde yönetilmektedir. Özel kuruluşların ruh sağlığı hizmetlerinin teminine olan katkısı, büyük oranda ruhsal hastalıklara yönelik kötü algı sebebiyle az olmuştur. Bu kuruluşlar özel uzmanlık hizmetleri ve yerel sivil toplum kuruluşlarıdır (STK). Uzman, tüketici ve kariyer unsurları içeren birkaç STK geçtiğimiz on yıl içinde kurulmuştur. Sosyal medya platformlarını kullanan birey ve tüketici gruplarının ruh sağlığı alanındaki savunuculuk faaliyetlerinde önemli bir artış olması dikkat çekicidir. Ulusal düzeyde koalisyonların kurulması ve hizmet teminine ilişkin ulusal planlara mümkün olan en yüksek sayıda paydaşın dâhil edilmesine yönelik çabalar yakın geçmişte tekrar gündeme gelmiştir. Diğer devlet kurumlarından, özel sektörden ve STK'lardan alınan hizmetlerin eş güdümünün sağlanması, gelecekte ruh sağlığı hizmetlerinin sağlanacağı yeni merkezlerin oluşmasına aracı olma potansiyeline sahiptir. Keşmir bölgesinde ruh sağlığı hizmetleri hâlâ büyük oranda ruh sağlığı kuruluşlarınca sağlanmaktadır. Desantralizasyon yoluyla ruh sağlığı hizmet kapsamının artırılarak ruh sağlığı hastanelerini aşması; hizmetlerin genel hastanelere taşınması ve birinci basamak sağlık programlarına ruh sağlığı hizmetlerinin de dâhil edilmesi yönünde uzun yıllardır çaba gösterilmektedir. Sistem kapsamında sunulan hizmetler, ruh sağlığı hastaneleri, genel hastaneler ve birinci basamak sağlık hizmetleri/uzmanlık hizmetleri olarak üç düzeyde kategorize edilebilir. Ana odak, söz konusu kaynakları sınırlı çatışma bölgesi olduğundan bu kategoriler içinde tedavi gören hastalara hizmet temini olmuştur. Bununla beraber, ruh sağlığına ilişkin ihtiyaçları farklı düzeylerde olan farklı gruplara dâhil bireylerin ihtiyaçlarının kapsamlı bir şekilde ele alınabilmesi için sağlık teşkilatı bünyesinden ve

dışarıdan eş güdümlü ve kapsamlı ruh sağlığı hizmeti sağlanmasına ihtiyaç vardır. Bu tür bir yapılanma, yeterli düzeyde ruh sağlığı tanıtımı ve ruh hastalıklarını önlemeye yönelik faaliyetler, erken tanıya yönelik hizmetler, yaygın ruh hastalıklarının tedavisi ve ciddi ruh hastalıklarından muzdarip bireylere uygun tedavi ve bakım hizmetlerinin teminini içermelidir. Bu amaç çerçevesinde nüfusun ruh sağlığı hizmetlerine yönelik ihtiyaçlarının incelenmesi, ilgili hizmetlerin ihtiyaçlara göre ve adil bir şekilde oluşturulabilmesi bakımından önem arz etmektedir.

Bu çalışma ile tedavi amacıyla dinî şifacılar veya başkaca uzmanlara başvuran bireylerin uygun psikiyatrik tedaviyi alana kadar yaşadıkları gecikmeye yönelik bulgular sunulmaktadır. Çalışma, ruh sağlığı okuryazarlığının geliştirilmesini, ruhsal hastalıklara içkin damgalamanın azaltılmasını, psikiyatrik hastalıklar ve bu hastalıkların yönetimine yönelik bilgi birikiminin artırılmasını ve kaliteli yönetimin teminatını savunmaktadır. Sağlık sisteminin genel olarak gözden geçirilmesine ve ruh sağlığı okuryazarlığını iyileştirmek için yenilikçi programlar geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

### Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışma tek bir merkezde yapılmıştır ve çalışmada seçim yanlılığı olma ihtimali bulunmaktadır. Çalışmanın kayda değer kısıtlılıklarından birisi de çalışılan hasta sayısının sınırlı olmasıdır. Buna ek olarak çalışmada hastaların takip ettikleri yolun geçmişe dönük bir şekilde sorgulanması nedeniyle hatırlama yanlılığı olabilir.

## SONUÇ

Bu çalışma, Hindistan'ın Keşmir bölgesinde psikiyatrik bakım almak için farklı yöntemlerin mevcut olduğunu ortaya koymuştur, bu yöntemler arasında doğrudan bir devlet psikiyatri hastanesine gitmek, psikiyatri alanında uzmanlığı olmayan bir pratisyen hekime gitmek ve inanç temelli ya da geleneksel şifa merkezlerine gitmek yer almaktadır. Dua kampları, geleneksel şifacılar veya genel hastaneler gibi temas noktaları, birçok bireyin ruh sağlığı tedavisi için öncelikli olarak başvurmayı tercih ettiği unsurlardır. Devlet psikiyatri tesisinde bulunan hastaların az sayıda olması, nüfusun eğitime ve nihayetinde Keşmir bölgesinde daha iyi yapılandırılmış bir psikiyatrik tedavi tesisine geçişe yönelik ihtiyaca işaret etmektedir. Keşmir bölgesindeki kamu ruh sağlığı yetkililerinin bu inanç temelli ve geleneksel şifacıların ruh sağlığı hizmetlerine dâhil edilmesi amacıyla finansman sağlamanın ve ruh sağlığı alanında sürekli bakımın bir parçası olarak genel sağlık kuruluşlarında psikiyatri hizmetleri sunmanın önemini tanıması gerekmektedir. Bu çabalar, ruhsal bozukluğu olan bireylerin başlangıçta hangi yolu tercih ettiklerine bakılmaksızın uygun tedaviye ulaşmasını sağlayacaktır.

## KAYNAKLAR

- Aggarwal AK (2008) Strengthening Health Care System in India : Is Privatization the Only Answer ? *Indian J Community Med* 33: 69–70.
- Appiah-Poku J, Laugharne R, Mensah E ve ark. (2004) Previous help sought by patients presenting to mental health services in Kumasi, Ghana. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39: 208–11.
- Ayranci U, Yenilmez C (2002) Evaluation of mental health services in primary health care settings in the city centre of Eskişehir. *Türk Psikiyatri Derg* 13: 115–24.
- Gania AM, Ahmad Suhaff A, Ahmad Hakak B ve ark. (2016) Pattern of psychiatric morbidity among referred patients to the department of psychiatry in super speciality hospital of Kashmir. *J Evol Med Dent Sci* 5: 5695–700.
- Garg K, Kumar CN, Chandra PS (2019) Number of psychiatrists in India: Baby steps forward, but a long way to go. *Indian J Psychiatry* 61: 104–5.
- Gater R, de Almeida e Sousa B, Barrientos G ve ark. (1991) The pathways to psychiatric care: a cross-cultural study. *Psychol Med* 21: 761–74.
- Girma E, Tesfaye M (2011) Patterns of treatment seeking behavior for mental illnesses in Southwest Ethiopia: a hospital based study. *BMC Psychiatry* 11: 138.
- Gupta AK, Grover S, Thapaliya S ve ark. (2021) Pathways to care and supernatural beliefs among patients with psychotic disorders in Nepal. *Middle East Curr Psychiatry* 28: 61.
- Hashimoto N, Fujisawa D, Giasuddin NA ve ark. (2015) Pathways to mental health care in Bangladesh, India, Japan, Mongolia, and Nepal. *Asia Pac J Public Health* 27: NP1847–57.
- Housen T, Lenglet A, Ariti C ve ark. (2017) Prevalence of anxiety, depression and post-traumatic stress disorder in the Kashmir Valley. *BMJ Glob Health* 2: e000419.
- Mushtaq H, Margoob M (2006) Pir, Faqir and psychotherapist: Their role in psychosocial intervention of Trauma; *JK Practitioner* 13 (Suppl.1): S89.
- Jalal A, Premnath A, Suni MS ve ark. (2020) Delay and treatment factors of psychiatric treatment among patients seeking faith healers. *Kerala J Psychiatry* 33: 42–51.
- Khoso A, Soomro RA, Quraishy AM ve ark. (2018) An insight into frequency and predictors leading psychiatric patients to visit faith healers : A hospital-based cross-sectional survey , Karachi , Pakistan. *Int J Soc Psychiatry* 64: 217–24.
- Ngoma MC, Prince M, Mann A (2003) Common mental disorders among those attending primary health clinics and traditional healers in urban Tanzania. *Br J Psychiatry* 183: 349–55.
- Sagar R, Dandona R, Gururaj G ve ark. (2020) The burden of mental disorders across the states of India : the Global Burden of Disease Study 1990 – 2017. *Lancet Psychiatry* 7: 148–61.
- Saldanha D (2005) Mental Health: An Indian perspective 1946-2003. *Med J Armed Forces India* 61: 205.
- Saxena S, Thornicroft G, Knapp M ve ark. (2007) Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet* 370: 878–89.
- Sethi BB, Trivedi JK (1979) Socio-demographic variables and manifestation of ill-health of patients who attended traditional healers clinic. *Indian J Psychiatry* 21.
- Shoib S, Arafat SM, Saleem SM (2021) Development of mental health services in Kashmir. *Ind Psychiatry J* 30: 361–3
- Shoib S, Chandrasa M, Saleem SM ve ark. (2021) Psychiatry in Kashmir: a call for action. *Lancet Psychiatry* 8: 1031–2.
- Shoib S, Arafat SM (2020) Mental health in Kashmir: conflict to COVID-19. *Public Health* 187: 65–6.
- Singh Bhandari S, Joseph SJ, Udayasankaran JG ve ark. (2020) Telepsychiatry: A feasible means to bridge the demand–supply gaps in mental health services during and after the COVID-19 pandemic: preliminary experiences from Sikkim state of India. *Indian J Psychol Med* 42: 500–2.
- Venkatesh BT, Andrews T, Mayya SS ve ark. (2015) Perception of stigma toward mental illness in South India. *J Family Med Prim Care* 4: 449–53.
- Village A, Revd T (2005) Dimensions of belief about miraculous healing. *Ment Health Relig Cult* 8: 97–107.
- World Health Organization (2013) Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029> [Erişim tarihi: 27 Aralık 2021].
- World Health Organization (2017) Mental Health ATLAS 2017 Member State Report (India) [Internet]. [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/profiles-2017/IND.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/IND.pdf?ua=1). 2018 Jan. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response/?gad\\_source=1&gclid=CjwKCAiAt5euBhB9EiwAdkXWO4oLDC\\_AhzObVR2m5BC5N5vclaFQSriI8LLbZW1VEELCGZJ3kD3jIRoC-PYQAvD\\_BwE](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response/?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAt5euBhB9EiwAdkXWO4oLDC_AhzObVR2m5BC5N5vclaFQSriI8LLbZW1VEELCGZJ3kD3jIRoC-PYQAvD_BwE) [[updated 30 August 2021; cited 10/02/2024].
- World Health Organization (2021) Mental health atlas 2020. p. 516. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703> [Erişim tarihi: 26 Ocak 2022].
- Yildiz M, Emin Onder M, Tural U ve ark. (2003) Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan pratisyen hekimlerin psikotik bozukluklar ve tedavisine yönelik tutumları [General practitioners' attitudes towards psychotic disorders and their treatment in the primary health care system]. *Türk Psikiyatri Derg* 14: 106–15.

# Şizofreni Hasta ve Yakınlarıyla Yapılan Sanatla Terapi ve Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitiminin Hastalık Belirtileri ve Sosyal İşlevsellik Üzerine Etkileri



Aslı SARANDÖL<sup>1</sup>, Rümeysa Ayşe GÜLLÜLÜ<sup>2</sup>, İlknur KİRAZ AVCI<sup>3</sup>, Eralp TÜRK<sup>4</sup>, Salih Saygın EKER<sup>5</sup>

## ÖZET

**Amaç:** Antipsikotiklerin şizofrenide birinci basamak tedaviyi oluşturmalarına rağmen; negatif belirtiler üzerindeki etkileri kısıtlıdır. Şizofreni tedavisinde en uygun yaklaşım, ilaç tedavisinin çeşitli ruhsal ve toplumsal iyileştirici girişim ve yöntemlerle bütünleştirilmesidir. Bu çalışmada, şizofreni tedavisinde, sanatla terapi ve Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi (RUTBE) uygulamasının etkilerinin değerlendirilmesi ve karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmaya DSM-5'e göre şizofreni tanısı almış toplam 15 hasta ve 12 hasta yakını dahil edilmiştir. Hastalar rastgele olarak 2 gruba ayrılmış; 7'si sanatla terapi, 8'i şizofrenide RUTBE programına alınmıştır. Sanatla terapi ve RUTBE uygulamaları 17 hafta boyunca, haftada bir defa, 90 dakikalık oturumlar şeklinde yapılmıştır. Hastalara Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ), Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, İma Testi ve Beklenmedik Sonuçlar Testi; hasta yakınlarına ise Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği uygulanmıştır.

**Bulgular:** Sanatla terapi ve RUTBE grup çalışmaları başlangıcı ve bitiminde iki grubun ölçek puanları karşılaştırıldığında, her iki grubun PANSS negatif belirtiler, PANSS genel psikopatoloji, SİÖ öncül sosyal etkinlikler, SİÖ boş zamanları değerlendirme; sadece sanatla terapi grubunda ise ek olarak SİÖ sosyal çekilme puanlarında anlamlı düşüş saptanmıştır. PANSS negatif belirtiler alt ölçeğinde sanatla terapi grubunda, pasif biçimde kendini çekme, soyut düşünme güçlüğü, konuşmanın kendiliğinden ve akıcılığının kaybı, stereotipik düşünme; RUTBE grubunda ise sadece soyut düşünme güçlüğü puanları anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.

**Sonuç:** Bu çalışmada, sanatla terapi ve RUTBE'nin, şizofrenide sosyal ve bilişsel işlevsellikte azalma gibi negatif belirtilerin iyileşmesinde olumlu etkilerinin olduğu gösterilmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Şizofreni, Sanat Terapisi, Grup Terapileri, Sosyal İşlevsellik, Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi

## ABSTRACT

### The Effects of Art Therapy and Psychosocial Skills Training on Symptoms and Social Functioning in Patients with Schizophrenia and Their Relatives

**Objective:** The effects of antipsychotics on negative symptoms are limited. The most appropriate approach in the treatment of schizophrenia is the integration of drug therapy with psychological and social interventions. The purpose of this study was to evaluate and compare the effects of art therapy and psychosocial skills training (PSST) in the treatment of schizophrenia.

**Methods:** A total of 15 patients diagnosed with schizophrenia according to the criteria in DSM-5 and 12 patient relatives were included in the study. The patients were randomly divided into 2 groups, 7 were included in the art therapy program and 8 were included in the PSST program for schizophrenia. 90-minute sessions of art therapy and PSST were carried out once a week for 17 weeks. Participants with schizophrenia were evaluated with the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Social Functioning Scale (SFS) and the Calgary Depression Scale for Schizophrenia and the relatives were given Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory and Zarit Burden Interview.

**Results:** There was a significant decrease in the PANSS negative symptoms, PANSS general psychopathology, SFS pro-social activities and SFS recreation scores in both groups, while the SFS social withdrawal scores decreased significantly only in the art therapy group. In the PANSS negative symptoms subscale, passive social withdrawal, difficulty in abstract thinking, lack of spontaneity and flow of conversation and stereotyped thinking scores were significantly lower in the art therapy group. In the PSST group only the score for difficulty in abstract thinking declined significantly.

**Conclusion:** The findings of the present study suggest that art therapy and PSST have positive effects on the improvement of negative symptoms as well as improvements in social and cognitive functionality in schizophrenia.

**Keywords:** Schizophrenia, Art Therapy, Psychotherapy Group, Psychosocial Skills Training, Social Functioning

**Geliş Tarihi:** 08.07.2021, **Kabul Tarihi:** 20.04.2022, **Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 19.02.2024

<sup>1,5</sup>Prof., <sup>2</sup>Uzm., Uludağ Üniv. Tıp Fak., Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD., Bursa; <sup>3</sup>Uzm., Rize Devlet Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD., Rize; <sup>4</sup>Uzm., Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Bursa.

**Dr. Rümeysa Ayşe Güllülü, e-posta:** raysegullulu@gmail.com

## GİRİŞ

Şizofreni başlıca pozitif, negatif, bilişsel ve duygudurum belirtileriyle kendisini gösteren, toplumsal ve ekonomik olarak ağır maliyetleri olan, yaşam kalitesi ve işlevsellikte önemli bozulmalara yol açan, yaşam boyu süren süregelen bir hastalıktır. Antipsikotikler şizofrenide birinci basamak tedaviler olmakla birlikte kalıntı ve negatif belirtiler üzerindeki etkileri oldukça kısıtlıdır. İlaç tedavisine iyi yanıt veren hastalar dahi sosyal uyum ve işlevsellikte bozulma, düşük yaşam kalitesi riski altındadır. Şizofrenide ilaç tedavisinin çeşitli ruhsal ve toplumsal girişimlerle bütünleştirilmesi, şizofreni hastalarında belirtilerin yinelenmesini önlemeye ve işlevsellikte iyileşmeye yardımcı olmaktadır (Schooler 2006).

Şizofreni tedavisinde ilaç tedavisine eklenecek olan Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi (RUTBE) bireysel veya grup şeklinde uygulanan, yapılandırılmış, etkileşimli, sistematik bir eğitim yaklaşımıdır. RUTBE hasta açısından hastalıklarının ve kendi durumlarının farkına varmalarını sağlayan, hastalıkla başa çıkma yollarını kolaylaştıran, hastalığın alevlenme ve yinelenmelerini önlenmesini sağlayan, hastalıkla ilgili içgörüyü, ilaç tedavisine uyumu, sosyal işlevselliği, bireysel ve toplumsal yaşama becerilerini ve yaşam kalitesini artıran bir programdır (Yıldız ve ark. 2005). Şizofrenide RUTBE programı, hastaların psikolojik ve sosyal becerilerini iyileştirmek amacı ile Liberman (1986, 1987, 1988) tarafından uygulanan Sosyal Beceri Eğitiminin bazı modüllerindeki bilişsel ve davranışsal tedavi teknikleri temel alınarak, Yıldız tarafından (2011) hazırlanmıştır. Şizofreni hastaları ve yakınlarıyla yapılan RUTBE'nin uygulandığı çalışmalarda hasta grubunda klinik belirtilerde azalma, yaşam kalitesinde artma, toplumsal işlevsellikte artma ve depresif belirtilerde azalma olduğu saptanmıştır (Yıldız ve ark. 2002, Üçok ve ark. 2002, Deveci ve ark. 2008).

Sanatla terapi görsel, işitsel, bedensel pek çok şekilde sanat yapma ve kullanma yoluyla uygulanan bir psikoterapi yöntemi olarak ifade edilmektedir. Amerikan Sanat Terapi Topluluğu sanat terapisini; "psikoterapötik bir ilişki içinde yaratıcı süreci psikoloji teorilerine uyarlayarak, aktif sanat yapma yoluyla bireylerin, ailelerin ve toplumların yaşamlarını zenginleştiren, bütünleştirici ruh sağlığı ve insana yönelik hizmetleri kapsayan bir ruh sağlığı hizmeti" olarak tanımlamaktadır (American Art Therapy Association AATA, 2017). Sanatla terapinin amacı, bir bireyin yaratıcılığını, duygusal ifadesini, iletişimini, kendisiyle ve başkalarıyla ilişki kurma becerisini geliştirmektir. Sanatla terapi şizofreni gibi özellikle kendi duygu ve düşüncelerini sözel olarak ifade etmede güçlük yaşayan bireylerde etkili olan, bilinç ve bilinçdışı süreçleri arasında bağlantı kurmayı kolaylaştıran, bireyin kendisini fark edip ortaya koymasına olanak sağlayan etkili bir terapi biçimidir (Patterson 2007). Resim, müzik, kil, drama gibi sanatsal unsurların kullanımı, dile dökülemeyen duygu ve düşüncelerin dışsallaştırılmasına

yardımcı olur (Killick ve Schaverien 2003). Sanat, hastanın kendisi ve başkalarıyla güvenli ve dolaylı bir bağlantı yolu sunan arabulucu olarak kabul edilir. Aynı zamanda sanat öğeleri oluşturma süreci ve bu süreçle ilgili paylaşımlarda bulunmak başlı başına tedavi edici bir etkiye sahiptir (Sarandöl ve ark. 2013). Sanatla terapinin şizofreni hastalarının tedavisinde etkinliği ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda; pozitif ve negatif belirtiler, toplumsal işlevsellik, kişilerarası iletişim, depresif belirtiler, ilaç yönetimi gibi konularda olumlu etkilerinin olduğu bulunmuştur (Patterson 2007).

Şizofreni hastalarının ailelerinin, hastaların tedavi sürecinde, takibinde ve sosyal uyumlarının sağlanmasında önemli rolleri bulunmaktadır. Yıldız ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan bir çalışmada, ayaktan tedavi gören şizofreni hastalarına gönüllüler ve ailelerin katıldığı bir rehabilitasyon programı uygulanmış, programın sonunda hastaların klinik durumunda ve sosyal işlevsellik düzeyinde iyileşme olduğu görülmüştür. Şizofreni hastalığının kronik gidişi ve neden olabileceği zorluklar göz önüne alındığında, hastalara bakım veren konumunda olan ailelerin hastalığın doğası ve baş etme yöntemleri konusunda bilgilendirilmeleri, tedavi seçiminde söz sahibi olmaları önemlidir. Aynı zamanda ailelerin iyilik hallerinin devamı için ruhsal durumları izlenmeli ve gerekli olduğunda uygun müdahalelerde bulunulmalıdır. Şizofreni hastalarının işlevselliğindeki bozulmayla beraber aile işlevlerinin de bozulduğu ve bunun da hastanın klinik gidişini etkilediği bilinmektedir (Danacı ve ark. 2005, Friedmann ve ark. 1997). Bu nedenle ailelerin de sağaltım planına katılmaları gereklidir.

Sarandöl ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan, şizofreni hastaları ve yakınlarına sanatla terapi yöntemlerinin uygulandığı grup çalışmalarının hastalık belirtileri, bireysel ve toplumsal beceriler üzerinde anlamlı düzeltilmeler yaptığı bildirilmiştir. Araştırmacılar bu değişimlerin sanat terapisi uygulamaları ile mi yoksa hastaların bir grup psikoterapisi sürecine dahil olmaları ile mi ilişkili olduğu sorusu üzerinde durmuştur. Farklı psikoterapi tekniklerinin kullanıldığı grup çalışmalarıyla yöntemlerin karşılaştırılmasının ve şizofreni hastaları için psikoterapi yöntemleri açısından farklılıkların değerlendirilmesinin faydalı olacağı ileri sürülmüştür (Sarandöl ve ark. 2013). Bu düşünceden hareketle bu çalışmada rastgele gruplara ayrılan şizofreni hastalarının, ilaç tedavisine eklenecek RUTBE ve sanatla terapinin uygulandığı grup çalışmalarının hastalık belirtileri, bireysel ve toplumsal beceriler üzerine etkisi ve gruplar arasında etki açısından fark olup olmadığı araştırılmıştır. Şizofreni hastalarının tedavisine aile üyelerinin katılımının önemi ve olumlu yöndeki etkisi nedeniyle hasta yakınları da çalışmaya alınmıştır. Böylece hasta yakınlarını şizofreni hastalığı hakkında bilgilendirmek, hastalığın seyri ni etkileyen etmenler, sebep olduğu bireysel ve toplumsal sonuçlar hakkında farkındalık yaratmak, hastalarıyla sağlıklı bir ilişki zemini oluşturmak, hastadan beklentilerini gerçekçi bir

seviyede tutmalarını, diğer hasta yakınlarıyla iletişim halinde olmalarını dolayısıyla deneyimlerini birbirleriyle paylaşmalarını, hastalarındaki değişimleri daha yakından takip edebilmelerini sağlamak amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

### Çalışma Gruplarının Oluşturulması ve Uygulama

Çalışma için Bursa Uludağ Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 01/03/2016 tarih ve B.30.ULU.0.20.11.05-604.01.01/1189 numarası ile etik kurul onayı alınmıştır. Çalışmaya katılan hasta ve yakınlarından yazılı onam formu alınmıştır. Çalışma örneklemini, Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi (B.U.Ü.T.F) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Psikoz Polikliniği'nde izlenen, DSM-5'e göre şizofreni tanısı almış toplam 15 hasta ve 12 hasta yakınından oluşturulmuştur. Psikoz polikliniğinde hastalar iki hekim tarafından takip edilmektedir; çalışmada terapist yanlılığını bertaraf etmek amacıyla, hastalar kendilerini takip etmeyen hekim ile grup çalışmalarına katılmıştır. Hastalar rastgele olarak 2 gruba ayrılmıştır; 7'si sanatla terapi uygulanan grup çalışmalarına dahil edilirken, 8'i şizofrenide RUTBE programına alınmıştır. Sanatla terapi ve RUTBE uygulamaları 17 hafta boyunca, haftada bir defa, 90 dakikalık oturumlar şeklinde yapılmıştır. RUTBE programı hasta ve hasta yakınlarına ayrı gruplar şeklinde eş zamanlı olarak uygulanırken; sanatla terapi grubuna ilk 5 oturum hasta ve hasta yakınları ayrı gruplar halinde alınmış, beşinci oturumdan sonra hasta ve hasta yakınlarıyla aynı grupta çalışılmaya başlanmıştır. 2013 yılında tarafımızca yapılan sanatla terapi çalışması (Sarandöl ve ark. 2013) ile yöntemsel farklılık olmaması amacıyla, beşinci oturumdan sonra hasta ve hasta yakınları ile aynı grupta çalışılmıştır. Hasta ve hasta yakınları ile bireysel ön görüşmeler yapılarak sosyodemografik bilgiler alınmış, psikiyatrik durum değerlendirmeleri yapılmıştır. Hasta ve yakınlarına grup uygulaması hakkında bilgi verilmesinin ardından çalışmanın amaçları aktarılmıştır. 15 hastanın sosyodemografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Çalışmaya dahil olma ölçütleri olarak, 18-65 yaş arasında olmak, DSM-5'e göre şizofreni tanısı almış olmak, okuma yazma biliyor olmak, akut tedavisi tamamlanmış, idame ilaç tedavisi döneminde olmak, hasta ve ailenin bilgilendirilmesi sonrası grup eğitimine katılmaya onam vermek; dışlama ölçütleri olarak da psikotik alevlenme döneminde olmak, organik zihinsel bozukluk veya zekâ geriliği bulunmak ve alkol-madde kullanım bozukluğu olmak kabul edilmiştir.

Sanatla terapi grup uygulamaları, kapalı grup uygulaması şeklinde ve toplam 17 oturumda yapılmıştır. İlk yıl çalışması 12 hafta sürmüş, sonraki 5 oturum tiyatro oyunu provalarına ayrılmıştır. Oturumlar 90 dakikadır. Her oturum 2 seanstan oluşmaktadır. İlk beş oturumda hasta ve hasta yakınlarıyla

ayrı gruplarda çalışılmış, ancak aynı uygulamalar yapılmıştır. Böylece hasta ve yakınlarının ayrı gruplarda öncelikle kendileri için yardım almaları amaçlanmıştır. Çalışmanın amaçları doğrultusunda hastaların bireysel ve toplumsal becerilerinin gelişmesinde etkili olabileceği düşünülen hasta yakınlarının beşinci oturumdan sonra hasta grubuna dahil edilerek ortak büyük grupta çalışılmaya başlanmıştır. Böylece iki grup arasında bu alandaki işlevsellikte görevdaşlık (sinerji) oluşması sağlanmıştır. Grup oturumlarında resim, müzik, edebiyat, kil ve tiyatro unsurları kullanılmıştır. Her oturumda uygulama öncesi üyelerden bir önceki uygulama ve bir haftalık günlük yaşamlarıyla ilgili paylaşımlar alınmıştır. Bunun ardından sanat malzemesiyle uygulama yapılmış, uygulama sonunda ortaya çıkan ürünle ilgili kişisel ve grup geri bildirimleri alınıp, bu süreçte yaşananlarla ilgili duygu ve düşünceler öğrenilmiştir. Son olarak burada paylaşılanların günlük yaşamla ilişkisi ve farklılıkları üzerinde durulmuştur. Terapistler de ihtiyaç doğrultusunda geri bildirim vermişlerdir. İlk yıl çalışmasını takiben ikinci yılda, 15 günde bir olmak üzere grup çalışmaları sürdürülmüştür.

Şizofreni hastalarına uygulanan RUTBE programında beceri alanları; iletişim becerilerini geliştirmek, sorun çözme becerilerini geliştirmek, dikkat ve bellek sorunlarıyla baş etmeyi öğrenmek, psikozu ve şizofreniyi anlamak, antipsikotik ilaç tedavisini öğrenmek, ilaç yan etkilerini öğrenmek, tedaviyi değerlendirmek, inatçı belirtilerle baş etmeyi öğrenmek, uyarıcı işaretleri tanımak ve izlemek, alkol ve uyuşturucu maddelerin olumsuz etkilerini öğreterek onlardan uzak durmayı sağlamak, faydasız tedavi arayışlarından uzak durmak, stresle baş etmeyi öğrenmek, özgüveni artırmak, zamanı değerlendirmek ve günlük faaliyetler, arkadaşlık ilişkilerini geliştirmek, toplumsal faaliyetlere katılmak gibi başlıklar olarak belirlenmiş ve hastalar bu alanlarda eğitim almıştır. Becerilerin kazanılmasına küçük adımlarla kademeler halinde ulaşılmıştır. Eğitim süresince amacın ortaya konması, bilgilendirme, model olma, davranış provaları yapma, rol oynama, istenen yanıt için destekleme, düzeltici geri bildirimde bulunma, davranış biçimlendirme, deneyimlerin paylaşılması, uygun sosyal güçlendiricileri kullanma, alıştırmalar ve ev ödevleriyle pekiştirme, eğitim verme, ailenin bilgilendirilmesi gibi aktif öğretim yöntemleri kullanılmıştır.

Grup çalışmalarına alınan hastalar psikoz polikliniğimizde rutin tedavi ve takiplerini sürdürmüştür. Grup çalışmaları ve ölçek değerlendirmelerinin yapıldığı dönemde, gruplardaki hastalardan hiçbir hastaneye yatırılmamış ve hastaların mevcut ilaç tedavilerinde bir değişiklik yapılmamıştır.

### Çalışmada Kullanılan Ölçekler

Grup çalışmalarının öncesinde ve grup çalışmalarının bitiminden sonraki 3. ay ile çalışmaların uzun dönem etkisini ölçmek amacıyla 6. ve 12. ayda hasta grubuna; Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Calgary Şizofrenide Depresyon

Ölçeği (CŞDÖ), Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ), İma Testi (İT) ve Beklenmedik Sonuçlar Testi (BST); hasta yakınlarına ise Zarit Bakıcı Yük Ölçeği (ZBYÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) uygulanmıştır.

**Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS):** Şizofrenide pozitif ve negatif belirti dağılımı ile şiddetini ölçmek için kullanılmaktadır. Kay ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilmiştir. 30 maddeden oluşur ve her madde için 1-7 arasında şiddet değerlendirmesi vardır. PANSS Likert tipinde bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. İç tutarlılığı incelendiğinde, Cronbach alfa katsayıları orijinal çalışmadakine benzer şekilde yüksektir (sırasıyla 0,75, 0,77 ve 0,71). Görüşmeciler arası güvenilirlik korelasyon katsayıları alt ölçekler için sırasıyla 0,97, 0,96 ve 0,91'dir. Yapı geçerliğinde alt ölçekler arası korelasyon katsayısı-0,41 olarak bulunmuş ve orijinal çalışmadakine benzer olarak pozitif ve negatif alt ölçeklerin farklı belirti kümelerini ölçtüğünü göstermiştir.

**Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ):** Şizofreni hastalarında depresif belirtilerin düzeyi ile şiddet değişimini ölçmeye yarayan bu test Addington ve arkadaşları (1992) tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve geçerlilik çalışması Aydemir ve arkadaşları (2000) tarafından yapılmıştır. CŞDÖ'nin iç tutarlılığı yüksek bulunmuştur (Cronbach alfa katsayısı 0.90). Görüşmeciler arası güvenilirlik katsayısı 0,87-1 ve test-tekrar test güvenirliliği 0,95-1 ile istatistiksel olarak anlamlıdır. CŞDÖ görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçektir ve dörtlü Likert tipinde değerlendirilen 9 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin her maddesi 0-3 puan arasında puanlanır ve toplam puan 0-27 arasındadır.

**Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ):** Birchwood ve arkadaşları (1990) tarafından geliştirilmiş, ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Erakay (2001) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik analizinde Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,807; değerlendirmeler arası güvenilirlik katsayısı hasta ile hasta yakını arasında 0,95 olarak saptanmıştır. 7 bölümden oluşur: sosyal çekilme, kişilerarası işlevsellik, öncül sosyal etkinlikler, boş zamanları değerlendirme, bağımsızlık-yetkinlik, bağımsızlık-performans, iş/meslek.

**Zarit Bakıcı Yük Ölçeği (ZBYÖ):** Zarit ve arkadaşları (1980) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Özlü (2004) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,83 olarak bulunmuştur. Toplumsal ve ekonomik açıdan bakım veren külfet düzeyini belirlemek amacıyla uygulanmaktadır. Toplam puan 22-110 arasında değişmektedir. Elde edilen puanlar; 22-46 arası 'hafif yük', 47-55 arası 'orta derecede yük', 56-110 arası 'şiddetli yük' şeklinde derecelendirilerek değerlendirilir.

**Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ):** Özgün formu Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilmiş, Türkçe'ye uyarlaması

Hisli (1989) tarafından yapılmıştır. İki yarım test güvenilirlik katsayısı 0,74; Çok Yönlü Kişilik Envanteri-Depresyon ölçeği ile arasındaki ölçüt geçerliliği 0,63 olarak bulunmuştur. Bir kendi kendini değerlendirme ölçeği olan BDÖ uygulamayı yapacak kişi uygulama günü de dahil son bir hafta içinde kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi işaretler. Her madde 0-3 arasında puanlanır. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. 0-9 puan yok/minimal depresyon, 10-18 puan hafif derecede depresyon, 19-29 puan orta derecede depresyon, 30-63 şiddetli derecede depresyon olarak değerlendirilmektedir.

**Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ):** Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiş, Türkçe'ye uyarlaması Ulusoy ve arkadaşları (1993) tarafından yapılmıştır. Ulusoy ve arkadaşları ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısını 0,93 olarak tespit etmişlerdir. Bir kendi kendini değerlendirme ölçeği olan BAÖ anksiyete düzeyini, belirti dağılımını ve şiddetini belirlemek için kullanılır. Puanlama 0-63 arasındadır. 8-15 puan hafif düzeyde anksiyete, 16-25 puan orta düzeyde anksiyete, 26-63 şiddetli düzeyde anksiyete olarak değerlendirilmektedir.

**İma Testi (İT):** Corcoran ve arkadaşları (1995) tarafından geliştirilmiş, ileri düzey zihin kuramı testlerinden biridir. Test, iki karakter arasında geçen 10 kısa hikâyeden oluşur ve bu hikâyeler araştırmacı tarafından okunur. Her hikâye, karakterlerden birinin diğerine bir şeyi ima etmesi ile sona erer. Katılımcıya karakterin gerçekte ne söylemek istediği sorulur. İlk aşamada uygun bir yanıt 2 puan alır. Eğer doğru anlam çıkarılamadıysa hikâye devam eder ve daha açık bir ipucu verilir. Katılımcı bu aşamada doğru yanıt verirse 1 puan, doğru yanıt veremezse 0 puan alır ve sonraki hikâyeye geçilir. Testten alınabilecek toplam puan 0-20 arasında değişmektedir. Bu test, şizofreni hastalarında zihin kuramı zayıflıklarının değerlendirilmesi amacıyla kullanılmaktadır (Bora ve ark. 2008, Tas ve ark. 2012).

**Beklenmedik Sonuçlar Testi (BST):** Mantıklı düşünme becerisini, genel durum tarafından ortaya çıkarılan duyguları ve duygu ortaya çıkartan durum ile duygu arasındaki uyumsuzluğu anlama yeteneğini ölçen, 12 sorudan oluşan bu test Dyck ve arkadaşları (2001) tarafından geliştirilmiştir. BST maddeleri kahramanda olağan duygusal bir yanıtı neden olabilecek durumu tanımlar ve kahramanın duygusal yanıtını gösterir. Her soruda, duygu, bu durumlarda ortaya çıkan beklenmedik bir şeydir. Test yapılan kişiden, görünen uyumsuzluğu çözmek için ek durumsal bilgileri vermesi istenir. Cevaplar, test kitapçığına kaydedilir ve üç puanlı (0-2) ölçek ile puanlanır. Ardışık üç yanlış yanıt ile test sonlandırılır. Toplam puan 0-24 arasındadır. Testin Türkçe formu için yapılan pilot çalışmada uygulayıcılar arası güvenilirliği 0,91 olarak bulunmuştur ve aynı zamanda geçerliliği gösterilmiştir (Bora 2009).



## Değerlendirme

Sanatla terapi ve RUTBE uygulanan her iki hasta grubu, çalışma öncesi (0.ay), çalışma sonrası 3.ay, 6.ay ve 12.ayda PANSS, ÇŞDÖ, SIÖ, BST uygulanarak değerlendirilmiştir.

Sanatla terapi ve RUTBE uygulanan hastaların yakınları, çalışma öncesi (0.ay), çalışma sonrası 3.ay, 6.ay ve 12.ayda BAÖ, BDÖ, ZBYÖ uygulanarak değerlendirilmiştir.

## İstatistiksel Değerlendirme

Verinin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Tanımlayıcı istatistikler nicel veri için ortalama ve standart sapma veya medyan(minimum-maksimum), nitel veri için frekans ve yüzde olarak belirtilmiştir. Normal dağılım gösteren veri için iki grup karşılaştırmalarında t-testi, normal dağılmayan veri için iki grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Tekrarlı ölçümlerin gruplar arası farkın analizi başlangıç

ölçüme göre hesaplanan değişimler üzerinden yapılmıştır. Değişkenlerin zamana bağlı ölçümlerinin grup içi karşılaştırılmasında tekrarlı ölçümlerin varyans analizi ve Friedman testi kullanılmıştır. Anlamlılık bulunması durumunda ikili karşılaştırmalarda Bonferroni testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi  $p \leq 0,05$  olarak belirlenmiştir. Verinin istatistiksel analizi SPSS23.0 (IBM Corp. Released 2015. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.) istatistik paket programında yapılmıştır.

## BULGULAR

Her iki hasta grubu sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırıldığında cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, ilk atak yaşı, atak sayısı, yatış sayısı, özkıyım öyküsü, aile öyküsü açısından anlamlı herhangi bir farklılık saptanmamıştır. Çalışmaya katılan grup üyelerinin sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

**Tablo 1.** Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

|                              | Sanatla Terapi Grubu | RUTBE Grubu  | p     |
|------------------------------|----------------------|--------------|-------|
| Yaş (ortalama, ss)           | 44 ± 6,92            | 41,62 ± 7,28 | 0,531 |
| Cinsiyet (s, %)              |                      |              | 0,282 |
| Erkek                        | 4 (%57,2)            | 7 (%87,5)    |       |
| Kadın                        | 3 (%42,8)            | 1 (%12,5)    |       |
| Medeni Durum (s, %)          |                      |              | -     |
| Evli                         | 0 (%0)               | 0 (%0)       |       |
| Bekar                        | 7 (%100)             | 8 (%100)     |       |
| Eğitim (s, %)                |                      |              | 0,569 |
| İlkokul                      | 0 (%0)               | 1 (%12,5)    |       |
| Ortaokul                     | 1 (%14,28)           | 1 (%12,5)    |       |
| Lise                         | 4 (%57,14)           | 5 (%62,5)    |       |
| Yüksekokul                   | 0 (%0)               | 1 (%12,5)    |       |
| Üniversite                   | 2 (%28,57)           | 0 (%0)       |       |
| Meslek (s, %)                |                      |              | 0,467 |
| Çalışıyor                    | 1 (%14,28)           | 0 (%0)       |       |
| Emekli                       | 0 (%0)               | 2 (%25)      |       |
| Çalışmıyor                   | 6 (%85,72)           | 6 (%75)      |       |
| Özkıyım öyküsü (s, %)        |                      |              | 0,467 |
| Var                          | 0 (%0)               | 2 (%25)      |       |
| Yok                          | 7 (%100)             | 6 (%100)     |       |
| Aile öyküsü (s, %)           |                      |              | 1     |
| Var                          | 3 (%42,8)            | 4 (%50)      |       |
| Yok                          | 4 (%57,2)            | 4 (%50)      |       |
| İlk atak yaşı (ortalama, ss) | 22,71 ± 5,28         | 23,62 ± 6,9  | 0,781 |
| Atak sayısı (ortalama, ss)   | 2,42 ± 1,9           | 3 ± 3,09     | 0,955 |
| Yatış sayısı (ortalama, ss)  | 1,57 ± 0,78          | 1,62 ± 1,50  | 0,867 |

RUTBE: Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi

**Tablo 2.** Sanatla Terapi ve RUTBE Grubuna Uygulanan Ölçeklerden Anlamlı Fark Bulunan Ölçeklerin Değişimi

| Sanatla Terapi Grubu                  | 0.ay                       | 3.ay                        | 6.ay                         | 12.ay                      | p      |
|---------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------------------|--------|
| PANSS - Negatif Belirtiler            | 20,86 ± 4,30 <sup>a</sup>  | 19,00 ± 2,71 <sup>a</sup>   | 16,86 ± 5,46 <sup>a,b</sup>  | 12,29 ± 1,50 <sup>b</sup>  | 0,001  |
| PANSS - Genel Psikopatoloji           | 28,43 ± 6,24 <sup>a</sup>  | 29,71 ± 6,58 <sup>a</sup>   | 25,29 ± 3,09 <sup>a</sup>    | 19,29 ± 3,15 <sup>b</sup>  | 0,001  |
| PANSS – Toplam                        | 60,00 ± 12,40 <sup>a</sup> | 60,43 ± 11,82 <sup>a</sup>  | 52,71 ± 5,71 <sup>a</sup>    | 40,71 ± 5,44 <sup>b</sup>  | <0,001 |
| SİÖ - Sosyal Çekilme                  | 10,29 ± 1,60 <sup>a</sup>  | 10,14 ± 1,46 <sup>a</sup>   | 11,29 ± 2,06 <sup>a,b</sup>  | 12,43 ± 1,72 <sup>b</sup>  | 0,008  |
| SİÖ - Öncül Sosyal Etkinlikler        | 9,14 ± 3,80 <sup>a</sup>   | 8,57 ± 3,64 <sup>a</sup>    | 10,29 ± 6,10 <sup>a</sup>    | 16,86 ± 2,67 <sup>b</sup>  | <0,001 |
| SİÖ –Bağımsızlık Düzeyi (Yetkinlik)   | 35,00 ± 2,77 <sup>a</sup>  | 35,29 ± 4,19 <sup>a,b</sup> | 36,86 ± 1,46 <sup>a,b</sup>  | 38,00 ± 1,53 <sup>b</sup>  | 0,033  |
| SİÖ –Bağımsızlık Düzeyi (Performans)  | 23,29 ± 4,27 <sup>a</sup>  | 25,14 ± 6,52 <sup>a</sup>   | 26,29 ± 7,02 <sup>a</sup>    | 29,29 ± 5,79 <sup>a</sup>  | 0,036  |
| <b>RUTBE Grubu</b>                    |                            |                             |                              |                            |        |
| PANSS - Negatif Belirtiler            | 20,88 ± 4,85 <sup>a</sup>  | 21,38 ± 10,80 <sup>a</sup>  | 17,13 ± 8,20 <sup>a</sup>    | 15,88 ± 6,96 <sup>a</sup>  | 0,047  |
| PANSS - Genel Psikopatoloji           | 34,00 ± 6,14 <sup>a</sup>  | 33,25 ± 6,45 <sup>a</sup>   | 23,38 ± 6,52 <sup>b</sup>    | 23,88 ± 5,11 <sup>b</sup>  | <0,001 |
| PANSS – Toplam                        | 67,50 ± 11,31 <sup>a</sup> | 67,13 ± 15,72 <sup>a</sup>  | 53,38 ± 13,32 <sup>a,b</sup> | 51,25 ± 12,43 <sup>b</sup> | 0,001  |
| SİÖ - Öncül Sosyal Etkinlikler        | 9,50 ± 3,16 <sup>a</sup>   | 9,50 ± 3,16 <sup>a</sup>    | 9,50 ± 1,77 <sup>a</sup>     | 10,00 ± 1,31 <sup>a</sup>  | 0,021  |
| SİÖ –Bağımsızlık Düzeyi (Yetkinlik)   | 33,38 ± 5,34 <sup>a</sup>  | 34,50 ± 4,99 <sup>a,b</sup> | 36,25 ± 4,80 <sup>b</sup>    | 36,38 ± 4,50 <sup>b</sup>  | 0,005  |
| SİÖ – Bağımsızlık Düzeyi (Performans) | 18,13 ± 5,67 <sup>a</sup>  | 19,00 ± 9,17 <sup>a</sup>   | 21,13 ± 8,98 <sup>a</sup>    | 22,88 ± 11,52 <sup>a</sup> | 0,039  |

a, b üstsimgeleri aynı satırdaki gruplar arasındaki istatistiksel farklılıkları göstermektedir. Aynı üst simgelerin yer aldığı aylar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.  
RUTBE: Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi  
PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği  
SİÖ: Sosyal İşlevsellik Ölçeği

### Hastalara Grup Öncesi ve Sonrası Uygulanan Ölçeklerin Karşılaştırılması

RUTBE grubuna grup öncesi (0.ay) ve grup bitimi sonrası 3.ay, 6.ay ve 12.ayda yapılan PANSS pozitif belirtiler alt ölçeği, ÇSDÖ, İT, BST ve SİÖ'nün sosyal çekilme, kişiler arası işlevsellik, boş zamanları değerlendirme, iş/meslek alt ölçeği puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Sanatla terapi grubuna grup öncesi (0.ay) ve grup bitimi sonrası 3.ay, 6.ay ve 12.ayda yapılan PANSS pozitif belirtiler alt ölçeği, ÇSDÖ, İT, BST ve SİÖ'nün kişiler arası işlevsellik, boş zamanları değerlendirme, iş/meslek alt ölçeği puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Sanatla terapi ve RUTBE uygulanan hasta gruplarına grup öncesi ve sonrasında yapılan ölçeklerin puanlarının grup içi karşılaştırılmasında anlamlı fark bulunanlar Tablo 2'de, Şekil 1a ve 1b'de gösterilmiştir.

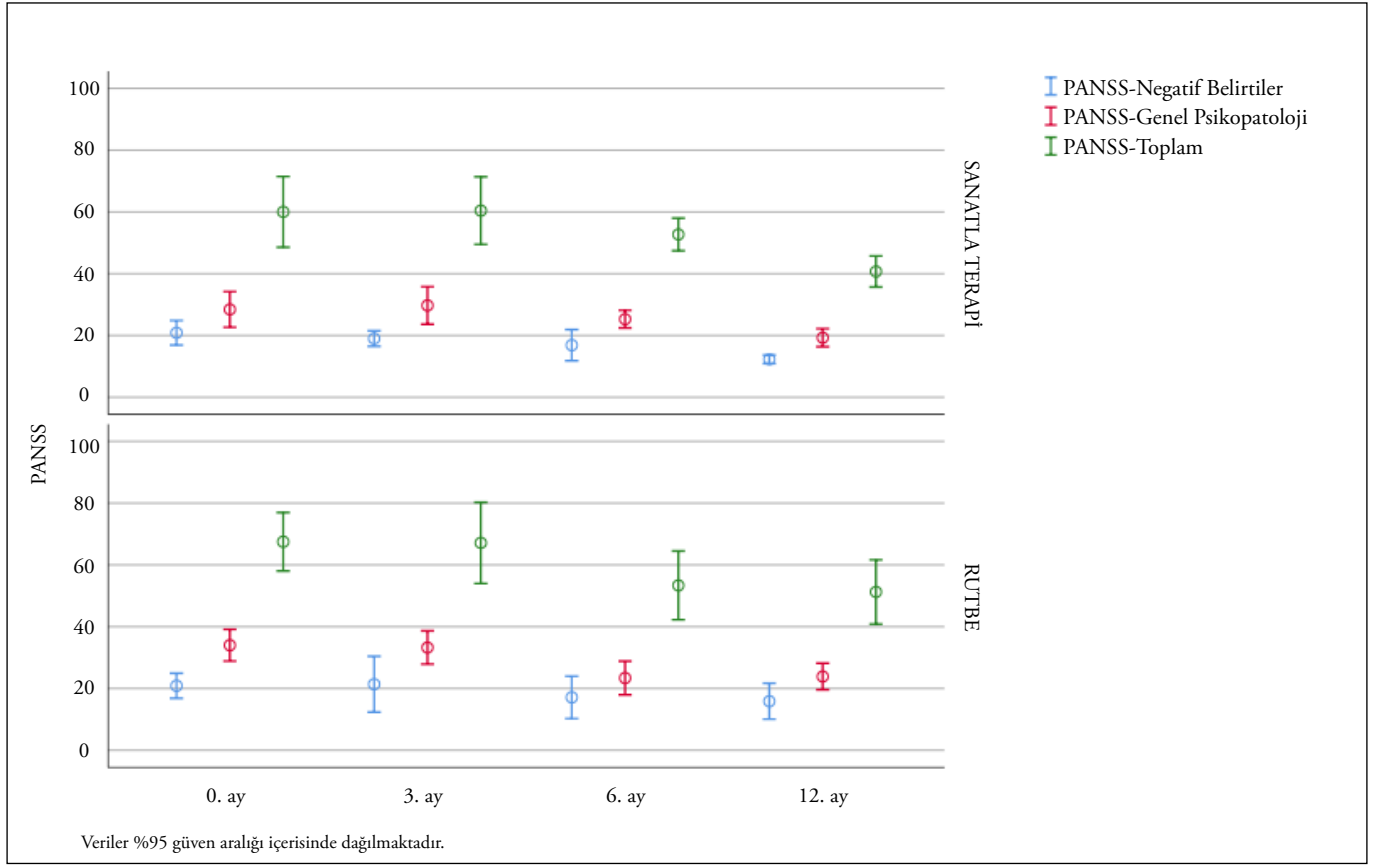
Hem sanatla terapi hem RUTBE grubunda, grup içi değerlendirmede PANSS negatif belirtiler alt ölçeğinin toplam

puanında anlamlı fark saptanması üzerine, negatif belirtiler ölçeği maddeleri özelinde tek tek incelenmiştir. PANSS negatif belirtiler alt ölçeği maddelerinin her iki çalışma grubu için değişimi Tablo 3 ve Şekil 2'de gösterilmiştir.

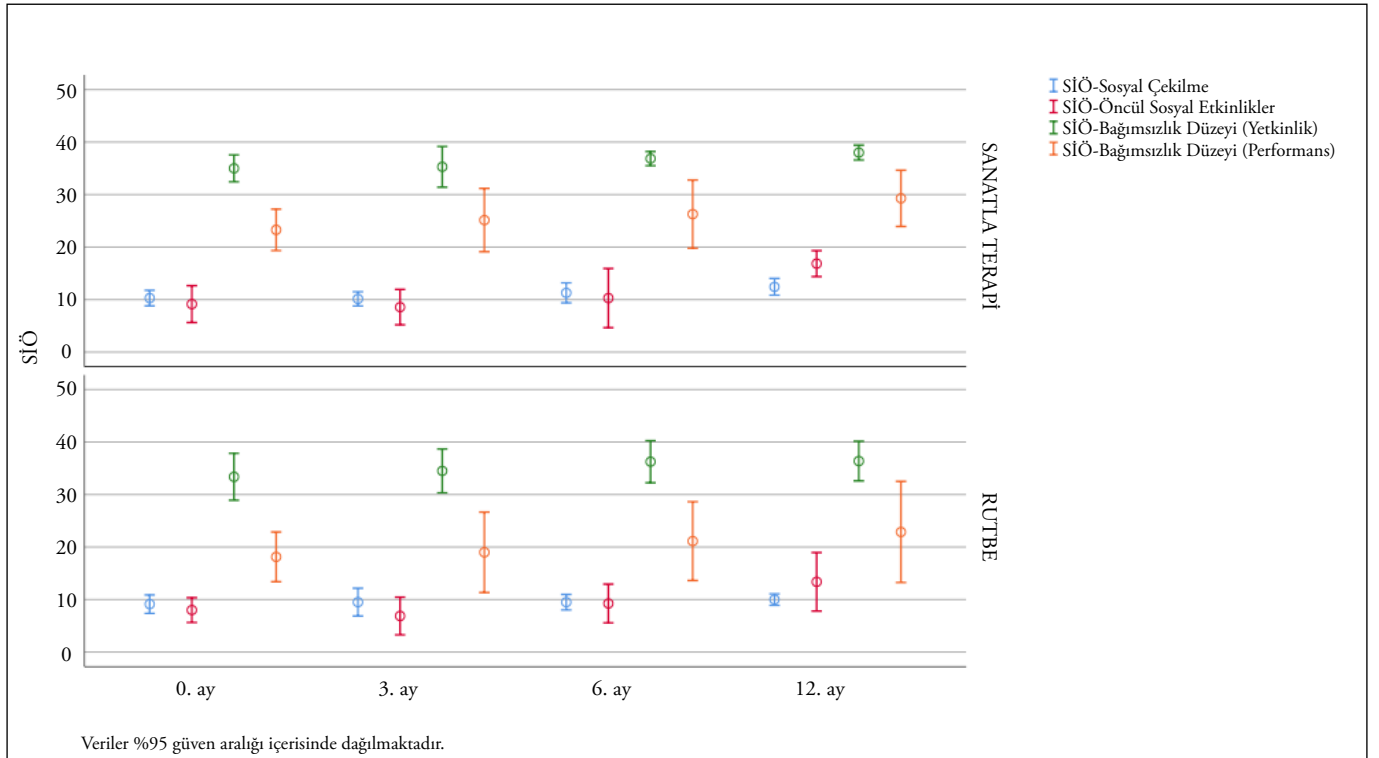
Sanatla terapi ve RUTBE grubuna grup öncesi (0.ay), grup bitimi sonrası 3.ay, 6.ay ve 12.ayda uygulanan PANSS, ÇSDÖ, SİÖ, İT, BST puanlarının iki grup arasındaki karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ayrıntılı bilgi Tablo 4'te verilmiştir.

### Hasta Yakınlarına Grup Öncesi ve Sonrası Uygulanan Ölçeklerin Karşılaştırılması

Sanatla terapi ve RUTBE uygulanan hasta yakınları gruplarına grup öncesi ve grup bitimi sonrası 3.ay, 6.ay ve 12.ayda uygulanan BAÖ, BDÖ, ZBYÖ puanlarının grup içindeki değişimleri incelendiğinde her iki grupta da anlamlı bir fark saptanmamıştır. Hasta yakınları gruplarına uygulanan ölçek puanlarının gruplar arası karşılaştırılmasında da anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sanatla terapi ve RUTBE uygulanan hastaların yakınlarına uygulanan ölçek sonuçlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması Tablo 5'te gösterilmiştir.



**Şekil 1a.** Sanatla Terapi ve RUTBE Grubuna Uygulanan Ölçeklerden Anlamlı Fark Bulunan Ölçeklerin Değişimi  
 RUTBE: Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi  
 PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

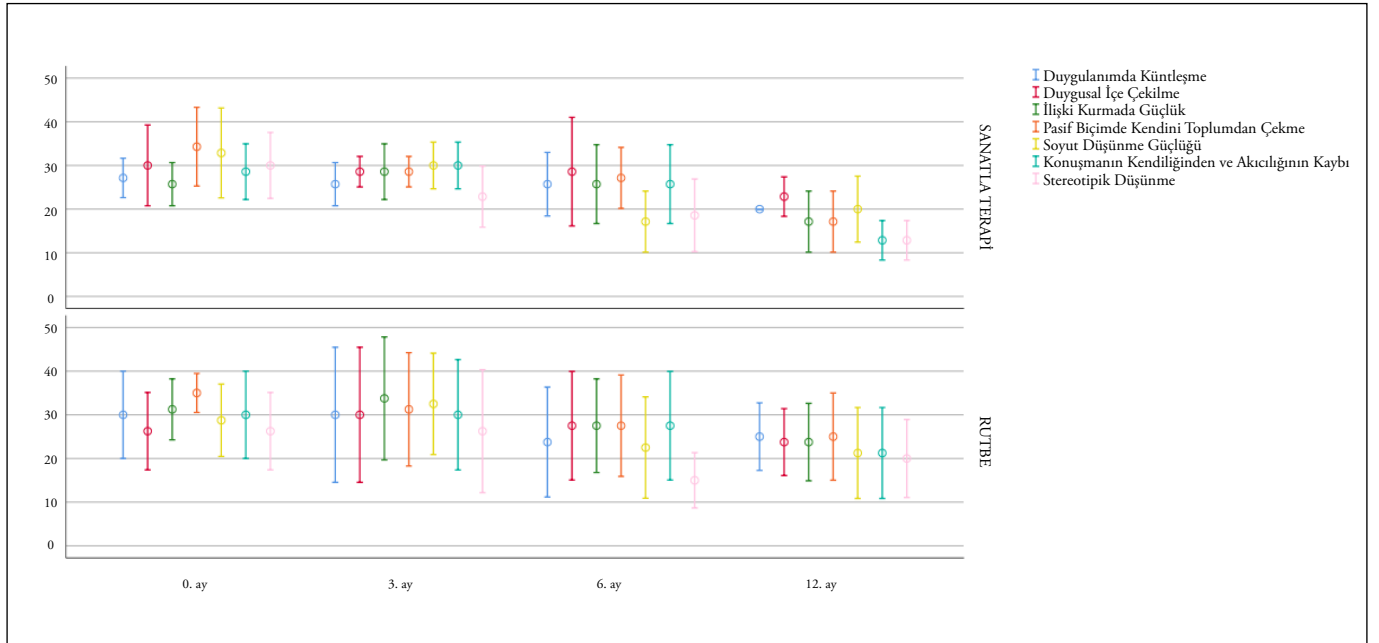


**Şekil 1b.** Sanatla Terapi ve RUTBE Grubuna Uygulanan Ölçeklerden Anlamlı Fark Bulunan Ölçeklerin Değişimi  
 RUTBE: Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi  
 SİÖ: Sosyal İşlevsellik Ölçeği

**Tablo 3.** PANSS Negatif Belirtiler Alt Ölçeği Maddelerinin Her İki Çalışma Grubu İçin Değişimi

| Sanatla Terapi Grub                            | 0.ay                      | 3.ay                        | 6.ay                        | 12.ay                       | p      |
|------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------|
| PANSS - Negatif Belirtiler                     |                           |                             |                             |                             |        |
| Duygulanımda Küntleşme                         | 2,71 ± 0,488              | 2,57 ± 0,535                | 2,57 ± 0,787                | 2,00 ± 0,00                 | 0,087  |
| Duygusal İç Çekilme                            | 3,00 ± 1,00               | 2,86 ± 0,378                | 2,86 ± 1,345                | 2,29 ± 0,488                | 0,199  |
| İlişki Kurmada Güçlük                          | 2,57 ± 0,535              | 2,86 ± 0,69                 | 2,57 ± 0,976                | 1,71 ± 0,756                | 0,091  |
| Pasif Biçimde Kendini Toplumdan Çekme          | 3,43 ± 0,976 <sup>a</sup> | 2,86 ± 0,378 <sup>a</sup>   | 2,71 ± 0,756 <sup>a,b</sup> | 1,71 ± 0,756 <sup>b</sup>   | 0,004* |
| Soyut Düşünme Güçlüğü                          | 3,29 ± 1,113 <sup>a</sup> | 3,00 ± 0,577 <sup>a</sup>   | 1,71 ± 0,756 <sup>b</sup>   | 2,00 ± 0,816 <sup>a,b</sup> | 0,006* |
| Konuşmanın Kendiliğinden ve Akıcılığının Kaybı | 2,86 ± 0,690 <sup>a</sup> | 3,00 ± 0,577 <sup>a</sup>   | 2,57 ± 0,976 <sup>a</sup>   | 1,29 ± 0,488 <sup>b</sup>   | 0,005* |
| Stereotipik Düşünme                            | 3,00 ± 0,816 <sup>a</sup> | 2,29 ± 0,756 <sup>a,b</sup> | 1,86 ± 0,9 <sup>a,b</sup>   | 1,29 ± 0,488 <sup>b</sup>   | 0,012* |
| <b>RUTBE Grubu</b>                             |                           |                             |                             |                             |        |
| PANSS - Negatif Belirtiler                     |                           |                             |                             |                             |        |
| Duygulanımda Küntleşme                         | 3,00 ± 1,195              | 3,00 ± 1,852                | 2,38 ± 1,506                | 2,50 ± 0,926                | 0,277  |
| Duygusal İç Çekilme                            | 2,63 ± 1,061              | 3,00 ± 1,852                | 2,75 ± 1,488                | 2,38 ± 0,916                | 0,753  |
| İlişki Kurmada Güçlük                          | 3,13 ± 0,835              | 3,38 ± 1,685                | 2,75 ± 1,282                | 2,38 ± 1,061                | 0,069  |
| Pasif Biçimde Kendini Toplumdan Çekme          | 3,50 ± 0,535              | 3,13 ± 1,553                | 2,75 ± 1,389                | 2,50 ± 1,195                | 0,222  |
| Soyut Düşünme Güçlüğü                          | 2,88 ± 0,991 <sup>a</sup> | 3,25 ± 1,389 <sup>a</sup>   | 2,25 ± 1,389 <sup>a,b</sup> | 2,13 ± 1,246 <sup>a,b</sup> | 0,014* |
| Konuşmanın Kendiliğinden ve Akıcılığının Kaybı | 3,00 ± 1,195              | 3,00 ± 1,512                | 2,75 ± 1,488                | 2,13 ± 1,246                | 0,155  |
| Stereotipik Düşünme                            | 2,63 ± 1,061              | 2,63 ± 1,685                | 1,50 ± 0,756                | 2,00 ± 1,069                | 0,132  |

a, b üstsimgeleri aynı satırdaki gruplar arasındaki istatistiksel farklılıkları göstermektedir. Aynı üst simgelerin yer aldığı aylar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.  
RUTBE: Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi  
PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

**Şekil 2.** PANSS Negatif Belirtiler Alt Ölçeği Maddelerinin Her İki Çalışma Grubu İçin Değişimi

RUTBE: Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

**Tablo 4.** Sanatla Terapi ve RUTBE Grubuna Uygulanan Ölçek Puanlarının İki Grup Arasındaki Karşılaştırılması

|                             |         | Sanatla Terapi Grub | RUTBE Grubu | p     |
|-----------------------------|---------|---------------------|-------------|-------|
| PANSS -Pozitif Belirtiler   | 0.ay    | 10,71±5,61          | 12,62±6,23  | 0,546 |
|                             | 3.ay Δ  | 13,14±6,26          | 12,5±6,8    | 0,258 |
|                             |         | 0,29±0,41           | 0,04±0,39   |       |
|                             | 6.ay Δ  | 10,57±3,64          | 12,88±5,49  | 0,797 |
|                             |         | 0,07±0,33           | 0,11±0,37   |       |
|                             | 12.ay Δ | 9,14±2,48           | 11,5±5,40   | 0,795 |
|                             |         | 0,07±0,17           | 0,04±0,22   |       |
| PANSS - Negatif Belirtiler  | 0.ay    | 20,85±4,29          | 20,87±4,85  | 0,994 |
|                             | 3.ay Δ  | 19±2,71             | 21,38±10,8  | 0,658 |
|                             |         | 0,069±0,15          | 0,0009±0,37 |       |
|                             | 6.ay Δ  | 16,86±5,46          | 17,13±8,2   | 0,914 |
|                             |         | 0,16±0,307          | 0,186±0,301 |       |
|                             | 12.ay Δ | 12,29±1,5           | 15,88±6,86  | 0,124 |
|                             |         | 0,393±0,116         | 0,249±0,203 |       |
| PANSS - Genel Psikopatoloji | 0.ay    | 28,42±6,24          | 34±6,141    | 0,106 |
|                             | 3.ay Δ  | 29,71±6,58          | 33,25±6,45  | 0,559 |
|                             |         | 0,758±0,323         | 0,007±0,21  |       |
|                             | 6.ay Δ  | 25,29±3,09          | 23,28±6,52  | 0,051 |
|                             |         | 0,775±0,299         | 0,204±0,195 |       |
|                             | 12.ay Δ | 19,29±3,15          | 23,88±5,11  | 0,856 |
|                             |         | 0,305±0,11          | 0,294±0,11  |       |
| PANSS – Toplam              | 0.ay    | 60±12,39            | 67,5±11,31  | 0,242 |
|                             | 3.ay Δ  | 60,43±11,82         | 67,13±15,72 | 0,839 |
|                             |         | 0,023±0,21          | 0,21±0,215  |       |
|                             | 6.ay Δ  | 52,71±5,71          | 53,38±13,32 | 0,237 |
|                             |         | 0,09±0,195          | 0,206±0,166 |       |
|                             | 12.ay Δ | 40,71±5,44          | 51,25±12,43 | 0,281 |
|                             |         | 0,308±0,096         | 0,243±0,121 |       |
| CGŞDÖ                       | 0.ay    | 1,142±1,573         | 3,13±3,76   | 0,218 |
|                             | 3.ay Δ  | 1,57±2,15           | 2,5±3,85    | 0,609 |
|                             |         | 0,42±2,93           | 0,62±4,53   |       |
|                             | 6.ay Δ  | 0,86±1,21           | 1,13±1,73   | 0,248 |
|                             |         | 0,28±1,70           | 2±3,38      |       |
|                             | 12.ay Δ | 1,29±1,6            | 1,13±1,36   | 0,104 |
|                             |         | 0,14±1,57           | 2±2,87      |       |
| SİÖ - Sosyal Çekilme        | 0.ay    | 10,28±1,6           | 9,12±2,1    | 0,256 |
|                             | 3.ay Δ  | 10,14±1,46          | 9,5±3,16    | 0,748 |
|                             |         | 0,14±1,77           | 0,37±3,81   |       |
|                             | 6.ay Δ  | 11,29±2,06          | 9,5±1,77    | 0,616 |
|                             |         | 1±2                 | 0,37±2,61   |       |
|                             | 12.ay Δ | 12,43±1,72          | 10±1,31     | 0,232 |
|                             |         | 2,14±1,95           | 0,87±1,95   |       |
| SİÖ - Kişilerarası İlişki   | 0.ay    | 5±1,82              | 4±1,77      | 0,302 |
|                             | 3.ay Δ  | 4,71±1,38           | 4,38±2,2    | 0,452 |
|                             |         | 0,28±1,97           | 0,37±1,302  |       |
|                             | 6.ay Δ  | 5,14±1,68           | 4,88±2,53   | 0,499 |
|                             |         | 0,14±2,03           | 0,87±2,03   |       |
|                             | 12.ay Δ | 4,71±0,76           | 5,13±1,81   | 0,078 |
|                             |         | 0,28±1,38           | 1,12±1,45   |       |

Tablo 4'ün devamı

|                                   |       | Sanatla Terapi Grub | RUTBE Grubu | p     |
|-----------------------------------|-------|---------------------|-------------|-------|
| SİÖ - Öncül Sosyal Etkinlikler    | 0.ay  | 9,14±3,8            | 8±2,82      | 0,517 |
|                                   | 3.ay  | 8,57±3,64           | 6,88±4,29   | 0,803 |
|                                   | Δ     | 0,57±3,1            | 1,12±4,94   |       |
|                                   | 6.ay  | 10,29±6,1           | 9,25±4,4    | 0,962 |
|                                   | Δ     | 1,14±3,23           | 1,25±5      |       |
|                                   | 12.ay | 16,86±2,67          | 13,38±6,65  | 0,458 |
|                                   | Δ     | 7,71±2,42           | 5,37±7,72   |       |
| SİÖ - Boş Zamanları Değerlendirme | 0.ay  | 14,85±4,63          | 11±3,33     | 0,084 |
|                                   | 3.ay  | 13,29±3,25          | 11,38±4,24  | 0,311 |
|                                   | Δ     | 1,57±3,9            | 0,37±3,24   |       |
|                                   | 6.ay  | 13,29±2,06          | 11,63±2,92  | 0,266 |
|                                   | Δ     | 1,57±3,35           | 0,62±3,88   |       |
|                                   | 12.ay | 14,57±3,41          | 11,13±3,23  | 0,819 |
|                                   | Δ     | 0,28±3,72           | 0,12±3,09   |       |
| SİÖ - Bağımsızlık (Yetkinlik)     | 0.ay  | 35±2,76             | 33,37±5,34  | 0,483 |
|                                   | 3.ay  | 35,29±4,19          | 34,5±4,99   | 0,427 |
|                                   | Δ     | 0,006±0,063         | 0,041±0,097 |       |
|                                   | 6.ay  | 36,86±1,46          | 36,25±4,8   | 0,420 |
|                                   | Δ     | 0,05±0,05           | 0,09±0,12   |       |
|                                   | 12.ay | 38±1,53             | 36,38±4,5   | 0,820 |
|                                   | Δ     | 0,08±0,07           | 0,09±0,06   |       |
| SİÖ - Bağımsızlık (Performans)    | 0.ay  | 23,28±4,27          | 18,12±5,66  | 0,071 |
|                                   | 3.ay  | 25,14±6,52          | 19±9,17     | 0,673 |
|                                   | Δ     | 1,85±4,74           | 0,87±4,08   |       |
|                                   | 6.ay  | 26,29±7,02          | 21,13±8,98  | 1     |
|                                   | Δ     | 3±4,96              | 3±4,5       |       |
|                                   | 12.ay | 29,29±5,79          | 22,88±11,52 | 0,683 |
|                                   | Δ     | 6±5,22              | 4,75±6,2    |       |
| SİÖ - İş/Meslek                   | 0.ay  | 1,71±1,7            | 1,62±1,06   | 0,903 |
|                                   | 3.ay  | 1,14±1,07           | 1,63±2,39   | 0,566 |
|                                   | Δ     | 0,57±1,39           | 0±2,20      |       |
|                                   | 6.ay  | 1,43±0,98           | 1,25±1,39   | 0,903 |
|                                   | Δ     | 0,28±1,25           | 0,37±1,5    |       |
|                                   | 12.ay | 1,86±1,46           | 1,13±1,25   | 0,449 |
|                                   | Δ     | 0,14±1,67           | 0,50±1,51   |       |
| İma Testi                         | 0.ay  | 12,28±6,72          | 11,75±5,92  | 0,872 |
|                                   | 3.ay  | 13,29±2,29          | 12±5,01     | 0,741 |
|                                   | Δ     | 1±4,96              | 0,25±3,61   |       |
|                                   | 6.ay  | 14,86±3,13          | 11,25±6,23  | 0,222 |
|                                   | Δ     | 2,57±5,99           | 0,50±2,97   |       |
|                                   | 12.ay | 16,14±2,79          | 13,75±5,37  | 0,416 |
|                                   | Δ     | 3,85±4,74           | 2±3,81      |       |
| Beklenmedik Sonuçlar Testi        | 0.ay  | 15,85±2,11          | 12,12±7,84  | 0,232 |
|                                   | 3.ay  | 17,14±3,48          | 13,63±8,53  | 0,898 |
|                                   | Δ     | 1,28±3,59           | 1,5±2,72    |       |
|                                   | 6.ay  | 18,57±3,21          | 13,63±8,28  | 0,241 |
|                                   | Δ     | 2,71±1,79           | 1,5±2       |       |
|                                   | 12.ay | 17,71±2,36          | 11,88±7,04  | 0,228 |
|                                   | Δ     | 1,85±2,41           | 0,25±3,77   |       |

“Δ” simgesi ilk ölçüme (0.ay) göre değişimi ifade etmektedir.

RUTBE: Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

CGŞDÖ: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

SİÖ: Sosyal İşlevsellik Ölçeği

**Tablo 5.** Sanatla Terapi ve RUTBE Uygulanan Hastaların Yakınlarına Yapılan Ölçek Sonuçlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması

|        |       | Sanatla Terapi Grubu | RUTBE Grubu | p     |
|--------|-------|----------------------|-------------|-------|
| BECK-D | 0.ay  | 8,6±7,16             | 7,57±4,82   | 1,0   |
|        | 3.ay  | 10,4±5,94            | 8,42±3,90   | 0,755 |
|        | Δ     | 1,8±2,05             | 0,86±3,76   |       |
|        | 6.ay  | 9,2±3,76             | 9±5,44      | 0,755 |
|        | Δ     | 0,6±6,91             | 1,43±3,51   |       |
|        | 12.ay | 12,4±7,7             | 14,42±13,86 | 0,876 |
|        | Δ     | 3,8±3,63             | 6,86±11,28  |       |
| BECK-A | 0.ay  | 7±6,96               | 7,42±7,61   | 1,0   |
|        | 3.ay  | 10,6±9,2             | 7,71±5,99   | 0,106 |
|        | Δ     | 3,6±2,41             | 0,29±3,59   |       |
|        | 6.ay  | 12,6±11,92           | 7,85±4,87   | 0,343 |
|        | Δ     | 5,6±5,37             | 0,43±6,43   |       |
|        | 12.ay | 13,4±14,08           | 7,42±4,42   | 0,149 |
|        | Δ     | 6,4±7,4              | 0,0±6,66    |       |
| ZBYÖ   | 0.ay  | 44,8±13,8            | 46±11,06    | 0,106 |
|        | 3.ay  | 44,8±6,97            | 48,57±18,36 | 0,755 |
|        | Δ     | 0,0±11,47            | 2,57±12,46  |       |
|        | 6.ay  | 42,8±10,73           | 44,14±16,21 | 0,53  |
|        | Δ     | -2,0±13,44           | -1,86±18,12 |       |
|        | 12.ay | 47±14,89             | 43,14±15,88 | 0,53  |
|        |       |                      |             |       |

“Δ” simgesi ilk ölçüme (0.ay) göre değişimi ifade etmektedir.

RUTBE: Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi

BECK-D: Beck Depresyon Ölçeği

BECK-A: Beck Anksiyete Ölçeği

ZBYÖ: Zarit Bakıcı Yük Ölçeği

## TARTIŞMA

Şizofreni tedavisinde en uygun yaklaşım, ilaç tedavisinin çeşitli özgün ruhsal ve toplumsal girişim ve yöntemlerle bütünlendirilmesidir (Falloon ve ark. 1998). Bu doğrultuda yapılan bu çalışmada B.U.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD “Psikoz Polikliniği”nde düzenli takip edilen ve ayaktan tedavi gören şizofreni hastaları ilaç tedavisine ek olarak farklı iki grupta RUTBE ve sanatla terapinin uygulandığı çalışmalara katılmıştır. Sanatla terapi grubunda yapılan ölçeklerin değerlendirilmesinde PANSS negatif belirtilerde 3. aydan itibaren olumlu değişimlerin başladığı, pasif biçimde kendini çekmede, soyut düşünme güçlüğünde, konuşmanın kendiliğinden ve akıcılığının kaybında belirgin değişiklik olduğu bulunmuştur. SİÖ değerlendirmesinde sosyal çekilme alt ölçeğinde 3. aydan itibaren aylar arası, öncül sosyal etkinlikler ve bağımsızlık düzeyi alt ölçek değerlendirilmesinde ise başlangıç ve 12. ay puanları arasında anlamlı değişiklik bulunmuştur. RUTBE grubunda PANSS genel psikopatoloji puanında tüm değerlendirilen aylarla 12.ay değerlendirilmesi arasında anlamlı değişim olurken, SİÖ’nün bağımsızlık düzeyi alt ölçeğinde başlangıç ve 6. ay ile 12.ay karşılaştırılmasında

anlamlı değişiklik saptanmıştır. PANSS ölçeğinin negatif belirtilerinin sadece soyut düşünme güçlüğü alt ölçeğinde anlamlı farklılık bulunmuştur. Sanatla terapi ve RUTBE gruplarında hasta ve hasta yakınlarına grup öncesi ve grup uygulaması bittikten sonra 3. ayda, 6. ayda ve 12. ayda uygulanan tüm ölçeklerin sonuçlarının gruplar arası karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu alanda yapılmış araştırmalara bakıldığında şizofreni hastalarıyla sanatla terapinin veya RUTBE’nin uygulandığı az sayıda grup çalışmasının bulunduğu görülmüştür. Yapılan bu çalışma, şizofreni hastalarından oluşan iki farklı grupta sanatla terapi ve RUTBE yöntemlerini etki açısından karşılaştıran bildiğimiz ilk çalışmadır.

Her iki program da hastaların belirti şiddetini azaltmayı, kişilerarası ilişki becerilerini geliştirmeyi, günlük işlevlerini ve yaşam kalitesini arttırmayı, aile ile sağlıklı bir iletişim zeminini kurmayı amaçlamaktadır. Her iki program da hastaların kendilerini ifade etmesine ve yaşadıklarını anlamlandırmasına yardımcı olmakta, başkalarını anlama becerisini geliştirmekte, yanlış düşüncelerin farkına varılmasını ve bunlara alternatif düşünceler oluşturulmasını sağlamakta, sosyal ortama katılmalarını ve toplumsal işlevselliğin artmasını sağlamaktadır



(Sarandöl ve ark. 2013, Yıldız ve ark. 2019). Hem sanatla terapi hem de RUTBE uygulanan grup üyelerinde PANSS ölçek değerlendirilmesinde negatif belirtiler alt ölçeklerinde, SİÖ alt ölçek puanlarında iyileşme görülmesi daha önce yapılmış çalışmalarla da uyumludur (Deveci ve ark. 2008, Sarandöl ve ark. 2013).

Teglbjaerg ve arkadaşları (2011), 5 şizofreni hastasına 1 sene boyunca sanatla terapi uygulamış, terapiden önce, sonra ve 1 yıllık bir takipte, hastaların psikotik semptomlarının azaldığı benlik saygılarının arttığı ve sosyal işlevlerinin iyileştiği gösterilmiştir. Sanatla terapi grup çalışmaları ile birlikte yapılan motivasyonel görüşmenin şizofreni hastalarının negatif belirtileri üzerindeki etkisini inceleyen başka bir çalışmada, 6 hafta boyunca, 18 şizofreni hastasına sadece sanatla terapi, 17 şizofreni hastasına ise sanatla terapi ile birlikte motivasyonel görüşme yapılmıştır. Sanatla terapi ile birlikte motivasyonel görüşme yapılan grupta negatif semptomlar, motivasyon ve zevk alma, kişilerarası ilişkiler, kişisel hijyen ve hastane programına katılımda, sadece sanatla terapi grubuna göre önemli ölçüde daha fazla gelişme olduğu görülmüştür (Cho ve Lee 2018).

Meng ve arkadaşları (2005), 86 yatan hastayı rastgele müdahale ve kontrol grubu olarak ayırmış, müdahale grubuna 15 haftadan fazla süre, haftada iki kez sanatla terapi uygulamış ve bu sürenin sonunda kontrol grubuna kıyasla yaşam kalitesinde, benlik saygısında ve sosyal işlevsellikte iyileşme bildirmişlerdir. Richardson ve arkadaşlarının (2007) yaptığı bir çalışmada, ayaktan tedavi gören kronik şizofreni hastaları rastgele iki gruba ayrılmış, standart ilaç tedavisi alan 47 hasta ile standart tedaviye ek olarak 12 haftalık sanatla terapi alan 43 hasta karşılaştırılmıştır. Terapi oturumları sonrası altı ay daha takip edilen 40 katılımcı arasında, sanatla terapinin negatif semptomlar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif etki yarattığı bildirilmiştir. Sarandöl ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan, şizofreni hasta ve yakınlarına sanatla terapi uygulamasının hastalık belirtileri, bireysel ve toplumsal beceriler üzerindeki etkisini araştıran bir çalışmada, grup öncesi ve sonrası yapılan ölçek değerlendirmelerinde hasta grubunda PANSS negatif belirtiler, PANSS genel psikopatoloji, CŞDÖ puanları; hasta yakınları grubunda ise BDÖ, BAÖ, ZYBÖ puanları grup çalışmaları sonrasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.

Deveci ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarına RUTBE uygulanmış, Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (PBDÖ), Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (NBDÖ), Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (ŞHYNÖ) ve CŞDÖ puanlarında anlamlı derecede azalma olduğu görülmüştür. Moriana ve arkadaşlarının (2006) yaptığı bir çalışmada, 64 şizofreni hastasının 32'sine sadece ilaç tedavisi uygulanmış, 32'sine ilaç tedavisine ek 6 ay RUTBE uygulanmıştır. İki grup karşılaştırılmış,

kombinasyon tedavisi alan grubun PANSS ölçeği puanlarının anlamlı olarak daha fazla düştüğü saptanmıştır.

Yaptığımız çalışmada, sanatla terapi ve RUTBE grup çalışmaları öncesinde ve sonrasında yapılan pozitif belirtiler ve depresyon ölçekleri karşılaştırılmış, aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hasta yakınlarına uygulanan depresyon, anksiyete ve bakım verme yükü ölçeklerinde de yine grup öncesi ve sonrasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu sonuçlar, çalışmaya alınan hastaların özelleşmiş bir poliklinikte izleniyor olması dolayısıyla hastalara genel psikiyatri poliklinik takiplerine göre daha fazla zaman ayrılması, aynı hekim tarafından takip ve tedavilerinin düzenlenmesi nedeniyle hastaların olgu özelinde tedavi süreçlerinin iyi yönetilmesine olanak tanınmasıyla ilişkili olabileceği gibi; bunlara ek olarak hasta ve yakınlarına psikoeğitim verilmesi, ilaç yan etkileri, depresyon gibi ek psikiyatrik durumlara da hızlıca müdahale edilmesi, hasta yakınlarıyla destekleyici olarak görüşülmesi ile de ilişkili olabilir.

Daha önce şizofreni hastalarıyla yapılan psikososyal müdahale çalışmalarında gözlenen olumlu değişimlerin kullanılan yöntemler ile ilişkili olduğu kadar, hastaların ve yakınlarının düzenli bir grup psikoterapisi sürecine katılmalarıyla da ilişkili olabileceği üzerinde durulmuştur (Sarandöl ve ark. 2013, Yıldız ve ark. 2002). Bu nedenle bu çalışmada temel amaçlardan birisi iki farklı psikososyal müdahale yönteminin karşılaştırılması olmuştur. Grupların kendi içinde yapılan değerlendirmelerinde farklılık bulunurken, iki grup arasında farklılık saptanmamıştır. Bu çalışmada her iki grupta da hasta yakınları sürece katılmıştır. RUTBE grubunda uygulamaların başından itibaren hasta yakınları hastalarla aynı grupta yer alırken, sanatla terapi grubunda beşinci gruba kadar ayrı, sonrasında hastalarla aynı grupta yer almışlardır. Sanatla terapi grubunda beşinci oturumdan sonra hasta ve hasta yakınlarının birlikte alınmasının nedeni, 2013 yılında tarafımızca yapılan sanatla terapi çalışmasında da (Sarandöl ve ark. 2013) aynı yöntemin kullanılmış olması ve devamlılık açısından çalışmalar arasında yöntemsel farklılık oluşmasının önüne geçmek istenmesidir. Elde edilen veriler değerlendirildiğinde, bu uygulamanın belirgin bir farklılık yarattığı düşünülebilir.

Bu çalışma şizofreni tedavisinde sanatla terapi ve RUTBE'nin etkilerini değerlendirmek açısından önem taşımaktadır. Çalışmanın tek merkezde gerçekleştirilmesi, hasta sayısının az olması, kontrol grubunun olmaması, hastaların ilaç tedavilerinin karşılaştırılmaması çalışmamızın kısıtlılıklarıdır ve elde edilen verilerin genelleştirilmesini zorlaştırmaktadır. Daha büyük örneklemli ve çok merkezin dahil edildiği çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır.

Her iki çalışma grubundaki hastaların uygulanan terapi yönteminden ölçeklerdeki düşüş göz önünde bulundurularak fayda gördükleri iddia edilebilir. Uzun süredir şizofrenin biyolojik bir hastalık olduğuna yapılan atıflar bu hastalar ile yapılacak

psikoterapötik uygulamaların ihmal edilmesine sebep olmuştur. Ancak gerek hastalığın biyolojik temelleri gerekse de kullanılan bazı ilaçlar hastalarda sosyal ve bilişsel sorunlara neden olmaktadır. Bu sorunların tedavisinin yalnızca ilaçlarla mümkün olabileceğini ummanın artık fazlasıyla iyimser bir yaklaşım olduğu açıktır. Bu amaçla kullanılan psikoterapi yöntemlerinin hepsinin değerli olduğunu düşünmekteyiz, bu çalışma yöntemler arası bir fark olup olmadığını araştırmıştır. Her iki yöntemin de faydaları olduğu ancak iki yöntem arasında fayda açısından bir fark olmadığının tespiti çalışmanın kısıtlılıklarından kaynaklanmış olabileceği gibi gerçeğin de ta kendisi olabilir.

Sonuç olarak bu çalışmada şizofreni hastalarının gerek sanatla terapi gerekse RUTBE uygulamaları ile sosyal ve bilişsel işlevsellikte azalma gibi negatif belirtilerde iyileşme sağladığı bulunmuştur. Ancak daha uzun soluklu ve fazla sayıda hastayla yapılacak farklı ruhsal ve toplumsal tedavi yöntemlerinin karşılaştırıldığı çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Yapılacak bu çalışmalarda eğitimi yapılandırılmış ve uygulaması kolay yöntemlerle ilgili olumlu veri birikimi olduğu takdirde bu alanda eğitimlerin ülkemizde yaygınlaştırılmasıyla daha fazla sayıda şizofreni hastasının ilaç tedavileri yanında bu tür yöntemlerle tedavi şansı olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmada uygulanan sanatla terapi yöntemleri, seansların seyri ve uygulamaların vaka örneği üzerinden anlatılması ile ilgili daha detaylı bilgiye, aynı yöntemlerin uygulandığı 2013 yılında Sarandöl ve arkadaşlarınca yapılan çalışmadan ayrıntılı olarak ulaşılabilir (Sarandöl ve ark. 2013).

## KAYNAKLAR

- Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E ve ark. (1992) Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr Res* 6: 201-8.
- American Art Therapy Association AATA, 2017, 20 Mayıs 2020'de <https://arttherapy.org/about-art-therapy/> adresinden indirildi.
- Aydemir Ö, Danacı AE, Deveci A ve ark. (2000) Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *Arch Neuropsychiatry* 37: 82-6.
- Beck AT (1961) An Inventory For Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry* 4: 561-71.
- Beck AT, Epstein N, Brown G ve ark. (1988) An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 56: 893-7.
- Birchwood M, Smith J, Cochrane R ve ark. (1990) The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 157: 853-9.
- Bora E, Gökçen S, Veznedaroğlu B (2008) Empathic abilities in people with schizophrenia. *Psychiatry Res* 160: 23-9.
- Bora E (2009) Theory of mind in schizophrenia spectrum disorders. *Türk Psikiyatri Derg* 20: 269-81.
- Corcoran R, Mercer G, Frith CD (1995) Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating theory of mind in people with schizophrenia. *Schizophr Res* 17: 5-13.
- Danacı AE, Karaca N, Deveci A (2005) Şizofreni hastalarında aile işlevselliği ile sosyal işlevsellik arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Türkiye'de Psikiyatri* 7: 103-8.
- Deveci A, Danacı AE, Yurtsever F ve ark. (2008) Şizofrenide psikososyal beceri eğitiminin belirti örüntüsü, içgörü, yaşam kalitesi ve intihar olasılığı üzerine etkisi. *Türk Psikiyatri Derg* 19: 266-73.
- Dyck MJ, Ferguson K, Shochet IM (2001) Do autism spectrum disorders differ from each other and from non-spectrum disorders on emotion recognition tests? *Eur Child Adolesc Psychiatr* 10: 105-16.
- Erakay SY (2001) Şizofreni Tanılı Hastalarda Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması. Yayınlanmamış tez çalışması.
- Falloon IR, Held T, Roncone R ve ark. (1998) Optimal Treatment Strategies To Enhance Recovery From Schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry* 32: 43-9.
- Friedmann MS, McDermut WH, Solomon DA ve ark. (1997) Family functioning and mental illness: a comparison of psychiatric and nonclinical families. *Fam Process* 36: 357-67.
- Hisli N (1989) Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 7: 3-13.
- Kay SR, Fiszbein A, Opler LA (1987) The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 13: 261-76.
- Killick K, Schaverien J (2003) Sanat, Psikoterapi ve Psikoz (Çev.: B Büyükkal). İstanbul, Yelkovan Yayıncılık, 2003, s.14.
- Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A (1999) Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Derg* 14: 23-32.
- Lieberman RP (1986) Social and Independent Living Skills: Medication-Management Module, Trainer's Manuel. UCLA Department of Psychiatry, Los Angeles, CA.
- Lieberman RP (1987) Social and Independent Living Skills: Recreation For Leisure Module, Trainer's Manuel. UCLA Department of Psychiatry, Los Angeles, CA.
- Lieberman RP (1988) Social and Independent Living Skills: Symptom Management Module, Trainer's Manuel. UCLA Department of Psychiatry, Los Angeles, CA.
- Meng P, Zheng R, Cai Z ve ark. (2005). Group intervention for schizophrenia in patient with art as medium. *Acta Psychologica Sinica* 37: 403-12.
- Moriana JA, Alarcon E, Herruzo J (2006) In-home psychosocial skills training for patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 57: 260-2.
- Özlü A, Yıldız M, Aker T (2009) Zarit bakıcı yük ölçeğinin şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Noro Psikiyatr Ars* 46: 38-42.
- Patterson S (2007) Arts therapies for people with schizophrenia: an emerging evidence base. *Evid Based Ment Health* 10: 69-70.
- Richardson P, Jones K, Evans C ve ark. (2007) Exploratory RCT of art therapy as an adjunctive treatment in schizophrenia. *J Ment Health* 16: 483-91.
- Sarandöl A, Akkaya C, Eracar N ve ark. (2013) The effects of art therapy carried out with schizophrenic patients and their relatives, on symptoms, personal and social skills. *Anadolu Psikiyatri Derg* 14: 333-9.
- Schooler NR (2006) Relapse prevention and recovery in the treatment of schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 67: 19-23.
- Söğütü L, Özen Ş, Varlık C ve ark. (2017) Toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına ruhsal toplumsal beceri eğitimi uygulanması ve sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Derg* 18: 121-8.
- Tas C, Danacı AE, Cubukcuoğlu Z ve ark. (2012) Impact of family involvement on social cognition training in clinically stable out patients with schizophrenia—a randomized pilot study. *Psychiatry Res* 195: 32-8.
- Ulusoy M (1993) Beck Anksiyete Envanteri: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.
- Üçok A, Atlı H, Çetinkaya Z ve ark. (2002) Şizofreni hastalarında bütüncül yaklaşımlı grup tedavisinin yaşam kalitesine etkisi: bir yıllık uygulama sonuçları. *Arch Neuropsychiatry* 39: 113-8.
- Yıldız M (2001) Şizofrenide ruhsal toplumsal beceri eğitiminde içerik ve etkinlikler. *Klinik Psikiyatri* 4: 119-23.

- Yıldız M, Yazıcı A, Ünal S ve ark. (2002) Şizofreninin ruhsal-toplumsal tedavisinde sosyal beceri eğitimi - belirtilerle baş etme ve ilaç tedavisi yaklaşımının Türkiye’de çok merkezli bir uygulaması. Türk Psikiyatri Derg 13: 41-7.
- Yıldız M, Tural Ü, Kurdoğlu S ve ark. (2003) Şizofreni rehabilitasyonunda aile ve gönüllülerle yürütülen bir kulüp-ev denemesi. Türk Psikiyatri Derg 14: 281-8.
- Yıldız M, Yüksel AG, Erol A (2005) Şizofrenide ruhsal ve toplumsal beceri eğitimi uygulaması grup eğitimi deneyimleri. Türkiye’de Psikiyatri 7: 25-32.
- Yıldız M (2011) Şizofreni Hastaları için Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi Eğitici Elkitabı. Ankara, Türkiye Sosyal Psikiyatri Yayınları.

- Yıldız M, Özaslan Z, İncedere A ve ark. (2019) Şizofrenide Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi ve Üstbiliş Eğitiminin Toplumsal ve Bilişsel İşlevsellik Üzerine Etkisi. Arch Neuropsychiatry 2019 56: 139-43.
- Zarit S, Reever K, Bach-Peterson J (1980) Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden. Gerontologist 1980 20: 649-55.

---

**Teşekkür:** *Bu çalışmadaki grup çalışmalarında büyük emeği olan Klinik Uzm. Psikolog Zeynep Aygül Şeker ve Araştırma Görevlisi Dr. Tugay Bilgen’e verdikleri desteklerden dolayı teşekkür ederiz.*

# Bariatrik Cerrahi Aday Hastalarının Çocukluk Çağı Travmaları ile Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Yeme Tutumları Arasındaki İlişki



Ziya BERBEROĞLU<sup>1</sup> , Çiçek HOCAOĞLU<sup>2</sup>

## ÖZET

**Amaç:** Bariatrik cerrahi (BC) öncesi aday hastaların psikiyatrik değerlendirmesi tedavinin başarısında önemli bir yer tutmaktadır. Bu çalışmada BC için başvuran bireylerin çocukluk çağı travmaları (ÇÇT) ile bedeninden memnuniyet, benlik saygısı ve yeme tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmaya 57 kadın, 30 erkek olmak üzere toplam 87 BC aday hasta dahil edilmiştir. Veri toplama araçları olarak Sosyodemografik Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Beden Algısı Ölçeği (BAÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) ve Yeme Tutumu Testi (YTT-40) kullanılmıştır.

**Bulgular:** Olguların %47,1'inde ÇÇT'si saptanmıştır. RBSÖ ( $t=3,296$ ;  $p<0,01$ ) ve BAÖ ( $t=3,267$ ;  $p<0,01$ ) puanları ÇÇT'si olanlarda anlamlı düzeyde daha yüksek olarak belirlenmiştir. YTT-40 ile ÇÇTÖ-cinsel istismar (CİS) alt boyutu arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=0,570$ ;  $p<0,01$ ). ÇÇTÖ tüm alt boyutları ile RBSÖ arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. ÇÇTÖ-fiziksel ihmal (FİH), duygusal ihmal (DİH) ve duygusal istismar (DİS) alt boyutlarıyla BAÖ arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Ayrıca, ÇÇTÖ toplam puanının RBSÖ ( $\beta=-4,432$ ;  $p<0,001$ ) ve BAÖ ( $\beta=-3,700$ ;  $p<0,001$ ) puanlarını anlamlı düzeyde negatif yönlü yordadığı belirlenmiştir.

**Sonuç:** Çalışmamızda ÇÇT'si olanların bedenlerinden hoşnutsuz oldukları ve daha düşük benlik saygısına sahip oldukları sonuçları elde edilmiştir. BC öncesi olguların psikolojik değerlendirilmesinde ÇÇT'sinin sorgulanması obezite etiyolojisinin anlaşılmasına katkı sunabilir ve BC sonrası izlemin planlanmasında önemli bir rol oynayabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Bariatrik Cerrahi, Beden Algısı, Benlik Saygısı

## ABSTRACT

### The Relationship Between Childhood Trauma and Body Image, Self-Esteem and Eating Attitudes in Patients undergoing Bariatric Surgery

**Objective:** Psychiatric evaluation of candidate patients before bariatric surgery (BS) has an important place in the success of the treatment. In this study, it was aimed to examine the relationship between childhood trauma (CT) and body image, self-esteem and eating attitudes of individuals who applied for BS.

**Method:** A total of 87 BS candidate patients with morbid obesity, 57 women and 30 men, were included in the study. Sociodemographic Information Form, Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Body Perception Scale (BPS), Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), and Eating Attitude Test (EAT-40) were used as data collection tools in the study.

**Results:** CT was detected in 47.1% of the cases. RSES ( $t=3.296$ ;  $p<0.01$ ) and BPS ( $t=3.267$ ;  $p<0.01$ ) scores were found to be significantly higher in those with a history of CT. A positive and significant relationship was found between EAT-40 and CTQ -sexual abuse (SA) sub-dimension ( $r=0.570$ ;  $p<0.01$ ). A significant relationship was found between all sub-dimensions of CTQ and RSES. A significant relationship was found between CTQ physical neglect (PN), emotional neglect (EN), and emotional abuse (EA) sub-dimensions and BPS. In addition, CTQ total score was found to significantly and negatively predict self-esteem ( $\beta=-4.432$ ;  $p<0.001$ ) and body image ( $\beta=-3.700$ ;  $p<0.001$ ).

**Conclusion:** In our study, it was found that those with CT were dissatisfied with their bodies and had lower self-esteem. Questioning CT in the psychological evaluation of pre-BS cases may contribute to the understanding of the etiology of obesity and may play an important role in planning the follow-up after BS.

**Keywords:** Bariatric Surgery, Body Image, Self-esteem

**Geliş Tarihi:** 15.08.2021, **Kabul Tarihi:** 16.05.2022, **Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 12.10.2023

<sup>1</sup>Uzm., Okan Üniv. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji AD, Klinik Psikoloji Bilim Dalı, İstanbul, <sup>2</sup>Prof., Recep Tayyip Erdoğan Üniv. Tıp Fak., Psikiyatri AD, Rize.

Dr. Çiçek Hocaoglu, e-posta: cicekh@gmail.com

## GİRİŞ

Obezite günümüzde hastalık olarak tanımlanan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Obezitenin sağlık üzerine olan olumsuz etkileri ve önleme yöntemleri konusundaki artan bilgiye rağmen, obezite görülme oranları tüm dünyada her geçen yıl artmaya devam etmektedir (Stokes ve ark. 2017, Chooi ve ark. 2019). Küresel bir salgın haline gelen obezite, mortalite ve morbidite oranlarının da önemli bir nedenini oluşturmaktadır (Flegal ve ark. 2013, Kinlen ve ark. 2018, Ladhani ve ark. 2017). Obezitenin gelişiminde genetik yatkınlıklar, çevresel ve psikolojik etmenler arasında karmaşık bir etkileşim söz konusudur (Wright ve Aronne 2012). Değişen beslenme alışkanlıkları, yetersiz fiziksel aktivite ve psikososyal etmenler obezitenin etiolojisinde önemli rol oynamaktadır (Fock ve Khoo 2013, Asghari ve ark. 2017, Wu ve Berry 2018). Obezitenin yol açtığı ciddi fiziksel komplikasyonlar ve sağlık giderlerindeki artış dikkate alındığında obezitenin tedavisi ve önlemesi ile ilgili yöntemler önem kazanmaktadır. Son yıllarda tüm dünyada beden kitle indeksi (BKİ) 40 ve üzerinde olan morbid obez hastalar için bariatrik cerrahi (BC) bir tedavi seçeneği olarak sıklıkla tercih edilmektedir (Wolfe ve ark. 2016, El Abd ve ark. 2021). Obezitenin tedavisinde kullanılan geleneksel yöntemlerin başarısız olduğu durumlarda hem dünyada hem de ülkemizde yaygın olarak kullanılan BC, kilo verme ve fiziksel komorbiditenin iyileştirilmesinde etkili bir tedavi yöntemidir (Güler ve ark. 2018, Xu ve Song 2021). Ancak, BC'nin olumlu sonuçlarının yanında, BC sonrası yeterli kilo kaybının olmaması ve yeniden kilo alımının gerçekleşmesi gibi olumsuz sonuçlarının olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (Athanasiadis ve ark. 2021, Arterburn ve ark. 2021, El Ansari ve ark. 2021). Bu nedenle BC öncesinde ve sonrasında kapsamlı değerlendirmeler yapılmasının gerekliliği birçok çalışmada belirtilmiştir (Kalarchian ve Marcus 2015, David ve ark. 2020). Özellikle BC öncesinde ayrıntılı psikiyatrik değerlendirmenin önemi vurgulanmıştır. Bu değerlendirme içerisinde çocukluk çağı travmalarının (ÇÇT) varlığının sorgulanması oldukça önemli bir yer tutmaktadır (Walsh ve ark. 2017). Çünkü ÇÇT'leri psikiyatrik bozukluklarının etiolojisinde önemli bir risk etmeni olarak kabul edilmektedir (Aktepe 2009).

Gelişim döneminde olan çocukların kendilik algısı üzerinde olumsuz etkiler bırakan çocukluk çağı olumsuz yaşantı deneyimleri, çocukluk döneminde ortaya çıkardığı problemlerin yanında yetişkin dönemde de hem ruhsal hem de fiziksel sağlık üzerinde yaşam boyu devam edebilen pek çok olumsuz sonucun ortaya çıkmasına neden olabildiği bilinmektedir (Schneider ve ark. 2020). Obezite ile ÇÇT'leri arasındaki olası etkileşim tam olarak bilinmemektedir. Araştırmacılar travma geçmişi olan herkesin yeme bozukluğu yaşamadığını belirtmekle birlikte, BC için başvuran morbid obez bireylerde karmaşık travmatik belirtilerin daha yaygın olduğunu

bildirmişlerdir (Luo ve ark. 2020, Wiss ve ark. 2020). Erken yaşta başlayan obezite bireyleri daha fazla etkileyerek, beraberinde psikiyatrik sorunlara ve olumsuz yeme davranışlarına neden olmaktadır (Ata ve ark. 2014). Bedeninden memnuniyet, bireyin beden parçaları, beden parçalarının işlevlerine karşı kendi öznel değerlendirmesi olarak ele alınmaktadır. Morbid obez olan bireylerin sağlıklı kontrol grubuna göre beden görünümeleri ile ilgili memnuniyetsizliklerinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (Hamurcu ve ark. 2015). Benlik saygısı, bireyin kendini değerlendirmesi sonucunda kendiliğini kabul etmesi sonucunda ortaya çıkan bir durumdur. Davranışsal motivasyon, kişiliğin bütünleşmesi ve psikolojik sağlığın oluşmasında önemli bir yeri vardır (Karaarmak ve Siviş 2011). Benlik saygısı, yaşam olaylarından etkilenen bir durumdur. Benlik saygısı ve obezite arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sonuçları tutarlı değildir. Düşük benlik saygısının obezitenin bir sonucu mu, yoksa nedeni mi olduğu tartışılmaktadır. Obez bireylerin, obez olmayan bireylere göre benlik saygılarının daha düşük olduğunu gösteren araştırmaların yanında bunun tersini bildiren araştırmalar da mevcuttur (Deveci ve ark. 2005, Abiles ve ark. 2010).

Beslenme biçimi ve yeme tutumu BC adayı hastalarda incelenmesi gerekli alandan biridir (Akkayaoglu ve Çelik 2020). BC için başvuran aday bireylerde tıknırçasına yeme bozukluğu, yeme bağımlılığı ve yeme davranışı bozukluğuna yatkınlık görülme oranları genel topluma göre daha yüksektir (Opolski ve ark. 2015, Kops ve ark. 2021). Bu nedenle BC öncesi yeme tutumu ve beslenme davranışlarının sorgulanması önemlidir. Çünkü BC ile birlikte gastrointestinal anatomide meydana gelen değişiklikler, bağırsak hormonları, safra asitleri ve mikrobiyota üzerindeki etkileri ile yeme tutumlarında farklılıklara neden olabilir. BC öncesi yeme davranışı bozukluğuna yatkın olan bireylerin BC sonrası hızlı kilo almaya neden olabilecek yeme tutumları geliştirdikleri bildirilmiştir (Adler ve ark. 2018).

Bugüne kadar BC için başvuran olgularla ilgili ÇÇT, bedeninden memnuniyet, benlik saygısı ve yeme tutumlarını araştıran çalışmalar yapılmıştır. Ancak, ulaşabildiğimiz kadarı ile ÇÇT ile bedeninden memnuniyet, benlik saygısı ve yeme tutumunu birlikte değerlendiren bir çalışma mevcut değildir. Bu çalışmada, BC için başvuran morbid obez bireylerin ÇÇT'sinin olup olmadığının araştırılması; ÇÇT olan ve olmayan gruplar arasında bedeninden memnuniyet, benlik saygısı ve yeme tutumu açısından fark olup olmadığının araştırılması, bu değişkenlerin birbiri, yaş ve BKİ ile ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda, BC öncesi uygun adaylarının belirlenme sürecinde hangi belirteçlere dikkat edilmesi gerektiği, riskli grupların ele alınması ve BC sonrası dönemde olası risklerin azaltılması konularında alanyazınına ve klinik uygulamalara katkı sağlanması hedeflenmiştir.

## YÖNTEM

### Örneklem

Kesitsel araştırma yöntemi ile ilişkisel tarama modeli kullanılarak 18 Mart 2019 ve 31 Aralık 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilen çalışmamıza, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne BC öncesi konsültasyon amacıyla yönlendirilen morbid obez 87 olgu dahil edilmiştir. Çalışmaya 18 yaşından büyük, okuduğunu anlayabilen, son 6 aydır herhangi bir psikiyatrik tedavi görme öyküsü olmayan olgular dahil edilmiştir. Okuma yazması olmayan, 18 yaşından küçük, çalışmaya katılmak istemeyen, zeka geriliği, psikotik bozukluk ve organik mental bozukluğu, konuşma ve iletişim kurma güçlüğü olanlar çalışmamızdan dışlanmıştır. Belirtilen tarihler içerisinde BC adayı toplam 104 morbid obez olgu için psikiyatrik değerlendirme istenmiştir. Çalışmaya dahil edilme koşullarını karşılamayan 17 kişi dışlanmıştır. Bu kişilerden 8'i halen psikiyatrik ilaç kullanımının olması, 3 kişi verilen anketleri doldurup teslim etmediğinden dolayı, 4 kişi okuma-yazma bilmediği için, 2 kişi de çalışmaya katılmaya gönüllü olmamaları nedeni ile çalışmaya dahil edilmemiştir.

Bu çalışmaya İstanbul Okan Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 13.03.2019 tarihli toplantıdan alınan onay ve Rize İl Sağlık Müdürlüğü ve Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden alınan izinden (40986104-799 sayılı karar) sonra başlanmıştır. Çalışma öncesi tüm katılımcılar çalışma hakkında bilgilendirilerek yazılı aydınlatılmış onamları alınmıştır. Bu çalışmada yapılan tüm uygulamalar, kurumsal ve/veya ulusal araştırma komitesinin etik standartlarına ve 1964 Helsinki Bildirgesi'ne ve daha sonraki düzeltmelerine veya karşılaştırılabilir etik standartlara uygun yapılmıştır.

### Veri Toplama Araçları

**Sosyodemografik Veri Formu:** Araştırmacılar tarafından oluşturulmuş ve yapılan ön görüşme esnasında katılımcılara sorular yöneltilerek doldurulmuştur. Katılımcıların yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, sosyoekonomik düzey, boy ve kilo gibi temel bilgileri içeren sorular, aile ve soy geçmişlerine yönelik sorular, fiziksel ve psikiyatrik hastalıkları saptamaya yönelik sorular yer almaktadır.

**Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ):** Bu ölçek Bernstein ve arkadaşları (2003) tarafından 20 yaş ve öncesi istismar ve ihmal yaşantılarını geriye yönelik niceliksel açıdan taramak için geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şar ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçek, 3 tanesi travmanın minimizasyonunu ölçen maddeler olmak üzere toplam 28 maddeden oluşmakta olup, 5'li likert tipi öz bildirimi ölçeğidir. Ölçek ÇÇT'lerinin 5 alt tipini ölçmektedir. Bunlar, duygusal istismar, fiziksel

istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmaldir. Ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa değeri 0,93; Guttman yarım test katsayısı ise 0,97 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda ölçeğin uygulamasında Şar ve arkadaşlarının çalışmalarında kullandığı yöntemler ve bildirdikleri kesme puanları dikkate alınmıştır.

**Beden Algısı Ölçeği (BAÖ):** Çalışmada katılımcıların beden algısı düzeylerini belirlemek için 1953 yılında Secord ve Journad tarafından geliştirilen BAÖ kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hovardaoğlu (1992) tarafından yapılmıştır. Toplam 40 maddeden oluşan öz bildirme dayalı bir ölçektir. Her bir madde vücudun bir organı, beden bir parçasını veya bunların işlevleri ile alakalıdır. Her bir madde 5'li likert şeklindedir. Ölçekteki her bir madde için "hiç beğenmiyorum", "beğenmiyorum", "kararsızım", "beğeniyorum" ve "çok beğeniyorum" şeklinde cevap seçenekleri bulunmaktadır. BAÖ'nün toplam puanı 40-200 arasındadır. Ölçeğin kesme puanı 135'tir. Bu puanın altında alan bireylerin bedenlerinden hoşnutsuz olarak değerlendirmekte olup, ölçekten alınan puanın yüksekliği beden memnuniyetinin yüksek olması ile ilgilidir. Cronbach Alfa katsayısı 0,91 olarak bildirilmiştir (Hovardaoğlu ve Özdemir 1990; Hovardaoğlu 1992).

**Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ):** Çalışmada katılımcıların benlik saygısı düzeylerini belirlemek için kullanılan RBSÖ, Rosenberg (1965) tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Çuhadaroğlu (1986) tarafından yapılmıştır. Geçerlilik katsayısı, 71; test tekrar test güvenilirlik katsayısı, 89 olarak bildirilmiştir. Ölçek toplam 63 sorudan oluşan, öz bildirime dayalı bir ölçektir. Ölçeğin puan aralığı 0-30 şeklindedir. 15-25 arası alınan puan benlik saygısı düzeyinin yeterli olduğunu; 15 puanın altı ise düşük benlik saygısına işaret etmektedir.

**Yeme Tutumu Testi (YTT-40):** Çalışmada katılımcıların yeme tutumlarını değerlendirmek ve yeme davranışındaki bozuklukları saptamak amacıyla Garner ve Garfinkel (1979) tarafından geliştirilen Yeme Tutumu Testi kullanılmıştır. Testin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Savaşır ve Erol (1989) tarafından yapılmıştır. Testin Cronbach alfa katsayısı 0,70; test tekrar test güvenilirlik katsayısı ise 0,65 olarak bildirilmiştir. YTT toplam 40 maddeden ve 6'lı likert tipli cevap seçeneklerinden oluşmaktadır. Testin kesme noktası 30'dur. 30 puanın üzerinde alan kişilerin yeme tutumlarında problem olabileceği kabul edilmektedir.

### İstatistiksel Yöntem

Çalışmamızda istatistiksel değerlendirme için SPSS for Windows 18.0 programı kullanılmıştır. Çalışmada, analizlerin öncesinde, örneklemin sağlamış olduğu verilerin normal dağılım gösterip göstermediği değerlendirilmiş olup, normal dağılım gösteren ve grupların homojen dağıldığı

değişkenler için ikili gruplarda Bağımsız Örneklem t Testi uygulanmıştır. Örneklem gruplardaki dağılımının homojenlik göstermemesi halinde, ikili gruplar için Mann Whitney U Testi uygulanmıştır. Araştırma değişkenleri olan yeme tutumu, çocukluk çağı travmaları, benlik saygısı ve beden algısı değişkenlerinin ilişkisinin incelenmesi amacıyla Pearson korelasyonu uygulanmıştır. Korelasyon saptanan değişkenlerin yordayıcı ilişkisinin incelenmesi için Doğrusal Regresyon Analizi uygulanmıştır. Anlamlılık değeri 0,05 düzeyinde alınmıştır.

## BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen olguların %65,5 kadın (57 kişi) ve %34,5 (30 kişi) erkek idi. Kadınlarda yaş ortalaması  $36,15 \pm 9,19$  ve erkeklerde  $45,23 \pm 13,45$  yıl idi. Tüm katılımcıların yaş ortalaması ise  $39,28 \pm 11,61$  yıl idi. BKİ ortalamaları incelendiğinde, kadınlarda  $46,16 \pm 5,27$  ve erkeklerde  $45,59 \pm 4,20$ 'dir. Toplam BKİ ortalaması ise  $45,96 \pm 4,92$  olarak saptanmıştır. Çalışmaya dahil edilen olguların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Sağlık durumuna ilişkin değişkenler incelendiğinde, ailede obezite öyküsü olanların oranı %72,4 (63 kişi)'dir. Fiziksel hastalığı bulunan kişilerin oranı %43,7 (38 kişi)'dir. Daha önce psikiyatrik tedavi görenlerin oranı ise %39,1 (34 kişi)'dir.

ÇÇTÖ toplam ve alt boyut puanlarına göre travmatik öykü olup olmama durumunun frekans dağılımları incelendiğinde, ÇÇT'si olduğunu belirten katılımcı sayısı %47,1 (41 kişi) oranındadır. Fiziksel istismar travması olanlar %24,1 (21 kişi), cinsel istismar travması olan %16,1 (14 kişi), fiziksel ihmal öyküsü olanlar %40,2 (35 kişi), duygusal istismar travması olan %37,9 (33 kişi) ve duygusal ihmal travması olan %28,7 (25 kişi) oranındadır. Benlik saygısı düzeyleri incelendiğinde, %25,3 (22 kişi) düşük benlik saygısına karşılık gelen puanlar alırken; %74,7 (65 kişi) yeterli düzeyde benlik saygısına sahiptir. Beden algısına yönelik memnuniyet düzeyi değerlendirildiğinde %59,8 (52 kişi) beden algısı memnuniyetinin düşük olduğunu; %40,2'sinin (35 kişi) beden algısı memnuniyetinin yüksek olduğu görülmektedir. YTT-40 puanları incelendiğinde, normal yeme tutumu olanlar %64,4 (56 kişi) ve yeme davranışı bozukluğuna yatkın olanlar %35,6 (31 kişi)

**Tablo1.** Örneklem Grubuna Ait Demografik Özellikler

| Demografik Değişkenler |                    | n  | %    |
|------------------------|--------------------|----|------|
| Cinsiyet               | Kadın              | 57 | 65,5 |
|                        | Erkek              | 30 | 34,5 |
| Eğitim                 | İlkokul            | 26 | 29,9 |
|                        | Ortaokul           | 13 | 14,9 |
|                        | Lise               | 30 | 34,5 |
|                        | Lisans             | 18 | 20,6 |
| Medeni hal             | Evli               | 69 | 79,3 |
|                        | Bekar              | 9  | 11,5 |
|                        | Boşanmış           | 5  | 5,7  |
|                        | Eşi vefat etmiş    | 3  | 3,4  |
| Çocuk sayısı           | Çocuğu yok         | 26 | 29,9 |
|                        | 1                  | 14 | 16,1 |
|                        | 2                  | 22 | 25,3 |
|                        | 3 ve üzeri         | 25 | 28,7 |
| Gelir Düzeyi           | 1600 TL ve altı    | 12 | 13,8 |
|                        | 1600-2500 TL arası | 28 | 32,3 |
|                        | 2500-5000 TL arası | 39 | 44,8 |
|                        | 5000 TL ve üzeri   | 8  | 9,2  |
| Yaşanılan yer          | Merkez / Şehir     | 38 | 43,7 |
|                        | İlçe               | 36 | 41,4 |
|                        | Kırsal Kesim /Köy  | 13 | 14,9 |

oranındadır. ÇÇT öyküsü değişkenine göre çalışmada kullanılan ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 2'de verilmiştir. RBSÖ ( $t=3,296$ ;  $p<0,01$ ) ve BAÖ ( $t=3,267$ ;  $p<0,01$ ) puanları ÇÇT öyküsü olanlarda anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Çalışmada kullanılan ölçek puanlarının ÇÇTÖ alt ölçeklerinin karşılaştırılması Tablo 3'te verilmiştir. ÇÇTÖ-Fiziksel istismar (FİS) ve ÇÇTÖ-Cinsel istismar (CİS) travma öyküsü değişkenlerine göre RBSÖ, BAÖ ve YTT-40 puanları karşılaştırıldığında; RBSÖ puanları ÇÇTÖ-FİS, ÇÇTÖ-CİS öyküsü olmayan katılımcılarda anlamlı düzeyde daha yüksektir. ( $U=476,000$ ;  $p=0,031$ ,  $U=274,000$ ;  $p=0,006$ ). ÇÇTÖ-Fiziksel ihmal (FİH), ÇÇTÖ-Duygusal istismar (DİS) ve ÇÇTÖ-Duygusal ihmal (DİH) travma öyküsü değişkenlerine göre RBSÖ, BAÖ ve YTT-40 puanları karşılaştırıldığında;

**Tablo 2.** ÇÇT Öyküsüne Göre Katılımcıların Çalışmada Kullanılan Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

|        | ÇÇT Öyküsü | N  | X      | ss     | t     | p       |
|--------|------------|----|--------|--------|-------|---------|
| RBSÖ   | ÇÇT Var    | 41 | 140,20 | 24,868 | 3,296 | 0,001** |
|        | ÇÇT Yok    | 46 | 121,59 | 27,485 |       |         |
| BAÖ    | ÇÇT Var    | 41 | 21,34  | 4,597  | 3,267 | 0,002** |
|        | ÇÇT Yok    | 46 | 18,09  | 4,675  |       |         |
| YTT-40 | ÇÇT Var    | 41 | 26,39  | 9,977  | 0,200 | 0,842   |
|        | ÇÇT Yok    | 46 | 25,91  | 12,033 |       |         |

t Testi, ÇÇT: Çocukluk Çağı Travması, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, BAÖ: Beden Algısı Ölçeği, YTT-40: Yeme Tutumu Testi  
\*\* $p<0,01$

**Tablo 3.** Çalışmada Kullanılan Ölçek Puanları ile ÇÇTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

| Ölçekler             | ÇÇTÖ-DİS        |                 |        |         | ÇÇTÖ-DİH        |                 |         |         | ÇÇTÖ-FİS        |                 |         |        |
|----------------------|-----------------|-----------------|--------|---------|-----------------|-----------------|---------|---------|-----------------|-----------------|---------|--------|
|                      | Var n(%)        | Yok n(%)        | U      | p       | Var n (%)       | Yok n (%)       | U       | p       | Var n (%)       | Yok n (%)       | U       | p      |
| RBSÖ Ortalama (SS)   | 33 (37,9)       | 54 (62,1)       |        |         | 25 (28,7)       | 62(71,3)        |         |         | 21 (24)         | 66 (76)         |         |        |
|                      | 17,91 (4,75)    | 20,67 (4,71)    | 2,638  | 0,010*  | 877,00 (35,08)  | 2951,00 (47,60) | 552,000 | 0,036*  | 707,00 (33,67)  | 3121,00 (47,29) | 476,000 | 0,031* |
| BAÖ Ortalama (SS)    | 33 (37,9)       | 54 (62,1)       |        |         | 25 (28,7)       | 62(71,3)        |         |         | 21 (24)         | 66 (76)         |         |        |
|                      | 120,21 (29,021) | 136,56 (25,258) | 2,766  | 0,007** | 802,00 (32,08)  | 3026,00 (48,81) | 477,000 | 0,005** | 873,50 (41,60)  | 2954,50 (44,77) | 642,500 | 0,616  |
| YTT-40 Ortalama (SS) | 33 (37,9)       | 54 (62,1)       |        |         | 25 (28,7)       | 62(71,3)        |         |         | 21 (24)         | 66 (76)         |         |        |
|                      | 27,85 (11,909)  | 25,09 (10,469)  | -1,130 | 0,261   | 1118,00 (44,72) | 2710,00 (43,71) | 757,000 | 0,866   | 1008,50 (48,02) | 2819,50 (42,72) | 608,500 | 0,402  |
| Ölçekler             | ÇÇTÖ-FİH        |                 |        |         | ÇÇTÖ-CİS        |                 |         |         |                 |                 |         |        |
|                      | Var n (%)       | Yok n (%)       | U      | p       | Var n (%)       | Yok n (%)       | U       | p       |                 |                 |         |        |
| RBSÖ Ortalama (SS)   | 35 (40,2)       | 52 (59,8)       |        |         | 20 (16,1)       | 65(83,9)        |         |         |                 |                 |         |        |
|                      | 18,06 (4,491)   | 20,67(4,910)    | 2,521  | 0,014*  | 14,00(27,07)    | 73,00(47,25)    | 274,000 | 0,006** |                 |                 |         |        |
| BAÖ Ortalama (SS)    | 35 (40,2)       | 52 (59,8)       |        |         | 20 (16,1)       | 65(83,9)        |         |         |                 |                 |         |        |
|                      | 120,60(27,450)  | 136,92 (26,213) | 2,795  | 0,006** | 14,00 (37,79)   | 73,00 (45,19)   | 424,000 | 0,315   |                 |                 |         |        |
| YTT-40 Ortalama (SS) | 35 (40,2)       | 52 (59,8)       |        |         | 20 (16,1)       | 65(83,9)        |         |         |                 |                 |         |        |
|                      | 27,69 (11,517)  | 25,10(10,712)   | -1,073 | 0,286   | 14,00(40,64)    | 73,00 (44,64)   | 464,000 |         |                 |                 |         |        |

Mann Whitney U testi, ÇÇTÖ-DİS: ÇÇTÖ-Duygusal istismar, ÇÇTÖ-DİH: ÇÇTÖ-Duygusal ihmal, ÇÇTÖ-FİS: ÇÇTÖ-Fiziksel istismar, ÇÇTÖ-FİH: ÇÇTÖ-Fiziksel ihmal, ÇÇTÖ-CİS: ÇÇTÖ-Cinsel istismar, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, BAÖ: Beden Algısı Ölçeği, YTT-40: Yeme Tutumu Testi.

\*p<0,05, \*\*p<0,01

RBSÖ puanları (U=2,521; p=0,014; U=2,638; p=0,010; U=552,000; p=0,036) ve BAÖ puanları (U=2,795; p=0,006; U=2,766; p=0,007; U=477,000; p=0,005) ÇÇTÖ-FİH, ÇÇTÖ-DİS, ÇÇTÖ-DİH öyküsü olmayanlarda anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Çalışmaya dahil edilen olguların yaş, BKİ, ÇÇTÖ, BAÖ, RBSÖ ve YTT-40 arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Analizi ile incelenmiş ve Tablo 4'te verilmiştir. Buna göre yaş değişkeni ve ÇÇTÖ-FİS puanları (r=0,211; p<0,05) arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. ÇÇTÖ toplam puanları ile RBSÖ (r=-0,433; p<0,01) ve BAÖ (r=-0,372; p<0,01) arasında da negatif yönlü ve anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. RBSÖ ile BAÖ arasında (r=0,624; p<0,01) pozitif yönlü ve anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. YTT-40 kesme puanı doğrultusunda yeme davranışı bozukluğuna yatkın olduğu saptanan katılımcıların BKİ, ÇÇTÖ, BAÖ, RBSÖ ve YTT-40 puanları arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Analizi ile incelenmiş ve Tablo 5'de verilmiştir. Buna göre YTT-40 ile ÇÇTÖ-CİS alt boyutu arasında (r=0,570; p<0,01) pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

RBSÖ'nin ÇÇTÖ toplam puanları tarafından yordayıcılığının incelendiği doğrusal regresyon analizi bulgularına göre, yaş, BKİ, ÇÇTÖ toplam puanı ( $\beta$ =-4,432; p<0,001)

benlik saygısını anlamlı düzeyde ve negatif yönlü yordamaktadır. Bulgular doğrultusunda, katılımcıların ÇÇTÖ puanlarının yüksek oluşu düşük benlik saygısını açıklamaktadır. Saptanan yordayıcı ilişkinin açıklayıcılık düzeyi %18 olarak bulunmuştur (Düzeltilmiş  $R^2$ =0,178). Bedeninden memnuniyet algısının ÇÇTÖ toplam puanı tarafından yordayıcılığının incelendiği doğrusal regresyon analizi bulgularına göre, yaş, BKİ, ÇÇTÖ toplam puanı ( $\beta$ =-3,700; p<0,001) bedeninden memnuniyet algısını anlamlı düzeyde ve negatif yönlü yordamaktadır. Bulgular doğrultusunda, katılımcıların ÇÇTÖ puanlarının yüksek oluşu bedeninden memnuniyet düzeyinin düşük olmasını açıklamaktadır. Saptanan yordayıcı ilişkinin açıklayıcılık düzeyi %13 olarak bulunmuştur. (Düzeltilmiş  $R^2$ =0,129). BAÖ, RBSÖ puanlarının ÇÇTÖ tarafından yordayıcı Doğrusal Regresyon Analizi Tablo 6'da verilmiştir.

Cinsiyet değişkenine göre katılımcıların ÇÇTÖ toplam ve alt boyut puanları, RBSÖ, BAÖ ve YTT-40 puanlarının karşılaştırılmasına göre, BAÖ (t=-3,950; p<0,01) puanları erkek katılımcılarda daha yüksek bulunmuştur. Daha önce psikiyatrik tedavi alma değişkenine göre katılımcıların ÇÇTÖ toplam ve alt boyut puanları, RBSÖ, BAÖ ve YTT-40 puanlarının karşılaştırılmasına göre ÇÇTÖ-DİS (t=2,134; p<0,05) ve BAÖ (t=-2,744; p<0,01) puanları psikiyatrik tedavi almayanlarda daha yüksek bulunmuştur.



**Tablo 4.** Tüm Katılımcılarda Çalışmada Kullanılan Ölçekler ve Bazı Klinik Değişkenlerin İlişkisi (Pearson Korelasyon Analizi)

| Değişkenler (n=87) | Yaş | BKİ    | ÇÇTÖ-toplam | ÇÇTÖ-DİS | ÇÇTÖ-FİS | ÇÇTÖ-FİH | ÇÇTÖ-DİH | ÇÇTÖ-CİS | RBSÖ     | BAÖ     | YTT-40 |   |
|--------------------|-----|--------|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|---------|--------|---|
| Yaş                | r   | 1      |             |          |          |          |          |          |          |         |        |   |
|                    | p   |        |             |          |          |          |          |          |          |         |        |   |
| BKİ                | r   | -0,164 | 1           |          |          |          |          |          |          |         |        |   |
|                    | p   | 0,128  |             |          |          |          |          |          |          |         |        |   |
| ÇÇTÖ-toplam        | r   | 0,159  | -0,125      | 1        |          |          |          |          |          |         |        |   |
|                    | p   | 0,142  | 0,248       |          |          |          |          |          |          |         |        |   |
| ÇÇTÖ-DİS           | r   | 0,132  | -0,103      | 0,797**  | 1        |          |          |          |          |         |        |   |
|                    | p   | 0,221  | 0,341       | 0,000    |          |          |          |          |          |         |        |   |
| ÇÇTÖ-FİS           | r   | 0,211* | -0,112      | 0,674**  | 0,632**  | 1        |          |          |          |         |        |   |
|                    | p   | 0,050  | 0,300       | 0,000    | 0,000    |          |          |          |          |         |        |   |
| ÇÇTÖ-FİH           | r   | 0,152  | 0,063       | 0,683**  | 0,286**  | 0,312**  | 1        |          |          |         |        |   |
|                    | p   | 0,159  | 0,560       | 0,000    | 0,007    | 0,003    |          |          |          |         |        |   |
| ÇÇTÖ-DİH           | r   | 0,158  | -0,117      | 0,882**  | 0,590**  | 0,396**  | 0,638**  | 1        |          |         |        |   |
|                    | p   | 0,143  | 0,279       | 0,000    | 0,000    | 0,000    | 0,000    |          |          |         |        |   |
| ÇÇTÖ-CİS           | r   | -0,057 | -0,183      | 0,565**  | 0,449**  | 0,435**  | 0,125    | 0,328**  | 1        |         |        |   |
|                    | p   | 0,601  | 0,089       | 0,000    | 0,000    | 0,000    | 0,250    | 0,002    |          |         |        |   |
| RBSÖ               | r   | -0,142 | 0,161       | -0,433** | -0,382** | -0,273*  | -0,270*  | -0,343** | -0,292** | 1       |        |   |
|                    | p   | 0,190  | 0,136       | 0,000    | 0,000    | 0,010    | 0,012    | 0,001    | 0,006    |         |        |   |
| BAÖ                | r   | -0,087 | 0,195       | -0,372** | -0,330** | -0,120   | -0,337** | -0,379** | -0,009   | 0,624** | 1      |   |
|                    | p   | 0,424  | 0,070       | 0,000    | 0,002    | 0,266    | 0,001    | 0,000    | 0,934    | 0,000   |        |   |
| YTT-40             | r   | 0,085  | 0,074       | 0,091    | 0,158    | 0,190    | 0,063    | -0,030   | 0,067    | -0,136  | -0,169 | 1 |
|                    | p   | 0,434  | 0,495       | 0,399    | 0,144    | 0,078    | 0,561    | 0,782    | 0,540    | 0,209   | 0,117  |   |

\*p&lt;0,05, \*\*p&lt;0,01

BKİ: Beden kitle indeksi, ÇÇT: Çocukluk Çağı Travması, ÇÇTÖ-DİS: ÇÇTÖ-Duygusal istismar, ÇÇTÖ-DİH: ÇÇTÖ-Duygusal ihmal, ÇÇTÖ-FİS: ÇÇTÖ-Fiziksel istismar, ÇÇTÖ-FİH: ÇÇTÖ-Fiziksel ihmal, ÇÇTÖ-CİS: ÇÇTÖ-Cinsel istismar, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, BAÖ: Beden Algısı Ölçeği, YTT-40: Yeme Tutumu Testi

## TARTIŞMA

BC uygulamalarında başarının ölçütü ile ilgili olarak artık sadece kilo vermenin yeterli olmadığı, olguların psikiyatrik ve psikososyal durumunun da tedavi başarısında önemli bir rol oynadığı kabul edilmektedir. Bu nedenle BC öncesi hasta seçiminde sıklıkla psikiyatrik değerlendirilmeye başvurulmaktadır. BC adaylarında psikiyatrik bir tanının bulunması her ne kadar mutlak bir kontrendikasyon olarak kabul edilmese de ameliyatın ertelenmesine ya da uygulanmamasına neden olabilir. Çünkü, psikiyatrik tanı varlığı BC sonrası hastanın tedavi uyumunu ve klinik seyrini etkileyebileceği konusu sıklıkla endişeye yol açan bir durumdur. Ancak, son 10 yıldır daha yaygın kullanılan bir tedavi yöntemi olan BC öncesi psikiyatrik değerlendirmenin önemine dikkat çekilmekle birlikte, genel yaklaşımın nasıl olması konusunda tam bir görüş birliği ve belli bir standart yoktur (Bauchowitz ve ark. 2005, Grothe ve ark. 2006, Snyder 2009, Poyraz ve Savrun 2012). Bu çalışmada BC adaylarında ÇÇT'lerinin bedeninden memnuniyet, benlik saygısı ve yeme tutumları üzerine etkilerini incelenmiş olup, ÇÇT olduğunu bildirenlerin anlamlı düzeyde düşük benlik saygısına sahip oldukları ve daha fazla bedeninden memnuniyetsiz oldukları saptanmıştır. Ayrıca,

cinsel istismar öyküsü bulunanların yeme davranışı bozukluğuna yatkın oldukları sonucu da elde edilmiştir.

Çalışmamıza dahil edilen olguların tamamı morbid obezite grubunda yer almakta olup, önemli bir bölümünü kadındı. Çalışmamızda kadın katılımcı oranının yüksek olması konu ile ilgili diğer çalışmaların sonuçları ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir (Kolotkin ve ark. 2008, Villa-González ve ark. 2019, Farup ve Valeur 2020, Soriano-Maldonado ve ark. 2020, Vieira ve ark. 2020). Kadınlar erkeklere göre beden görünümü ve sağlıkla ilgili konulara daha fazla ilgi duyar ve daha fazla sağlık hizmeti arayışında bulunurlar. Çalışmamızda olguların medeni durum, eğitim durumu ve yaş ortalamaları incelendiğinde de konu ile ilgili diğer çalışmaların sonuçları ile benzer olduğu anlaşılmıştır (Riva-Moscato ve ark. 2021, Villa-González ve ark. 2019, Vieira ve ark. 2020).

Obezite, çok sayıda vücut sistemi üzerindeki olumsuz etkileri ile mortalite ve morbidite riskini artıran kronik bir hastalıktır. Morbid obez bireylerde ve BC adayı hastalarda diabetes mellitus, solunum sıkıntısı, koroner kalp hastalığı, periferik arter hastalığı, venöz yetersizlik, hipertansiyon, kalp yetersizliği gibi çok sayıda fiziksel hastalığın bulunduğu dikkat çeken çalışmalar mevcuttur (Wei ve Wu 2012,

**Tablo 5.** Yeme Davranışı Bozukluğuna Yatkın Katılımcılarda Çalışmada Kullanılan Ölçekler ve Bazı Klinik Değişkenlerin İlişkisi (Pearson Korelasyon Analizi)

| Değişkenler<br>(n=31) | Yaş             | BKİ             | BAÖ              | RBSÖ              | YTT-40           | ÇÇTÖ-DİS         | ÇÇTÖ-FİS         | ÇÇTÖ-FİH         | ÇÇTÖ-DİH         | ÇÇTÖ-CİS         | ÇÇTÖ-toplam |
|-----------------------|-----------------|-----------------|------------------|-------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------|
| Yaş                   | 1               |                 |                  |                   |                  |                  |                  |                  |                  |                  |             |
| BKİ                   | -0,208<br>0,262 | 1               |                  |                   |                  |                  |                  |                  |                  |                  |             |
| BAÖ                   | 0,126<br>0,501  | 0,279<br>0,129  | 1                |                   |                  |                  |                  |                  |                  |                  |             |
| RBSÖ                  | -0,152<br>0,413 | 0,309<br>0,090  | 0,518**<br>0,003 | 1                 |                  |                  |                  |                  |                  |                  |             |
| YTT-40                | 0,300<br>0,101  | -0,285<br>0,120 | 0,314<br>0,085   | -0,021<br>0,909   | 1                |                  |                  |                  |                  |                  |             |
| ÇÇTÖ-DİS              | 0,036<br>0,847  | -0,065<br>0,730 | -0,291<br>0,113  | -0,529**<br>0,002 | 0,085<br>0,648   | 1                |                  |                  |                  |                  |             |
| ÇÇTÖ-FİS              | 0,204<br>0,272  | -0,189<br>0,308 | -0,189<br>0,310  | -0,428*<br>0,016  | 0,308<br>0,092   | 0,708**<br>0,000 | 1                |                  |                  |                  |             |
| ÇÇTÖ-FİH              | 0,020<br>0,915  | 0,061<br>0,743  | -0,136<br>0,464  | -0,123<br>0,509   | 0,110<br>0,554   | 0,186<br>0,317   | 0,331<br>0,069   | 1                |                  |                  |             |
| ÇÇTÖ-DİH              | 0,028<br>0,882  | -0,145<br>0,436 | -0,373*<br>0,039 | -0,367*<br>0,042  | 0,125<br>0,503   | 0,636**<br>0,000 | 0,418*<br>0,019  | 0,449*<br>0,011  | 1                |                  |             |
| ÇÇTÖ-CİS              | -0,024<br>0,897 | -0,095<br>0,612 | 0,036<br>0,848   | -0,233<br>0,207   | 0,570**<br>0,001 | 0,536**<br>0,002 | 0,480**<br>0,006 | 0,197<br>0,288   | 0,434*<br>0,015  | 1                |             |
| ÇÇTÖ-toplam           | 0,056<br>0,764  | -0,123<br>0,509 | -0,300<br>0,101  | -0,469**<br>0,008 | 0,273<br>0,137   | 0,862**<br>0,000 | 0,764**<br>0,000 | 0,530**<br>0,002 | 0,845**<br>0,000 | 0,677**<br>0,000 | 1           |

\*p&lt;0,05, \*\*p&lt;0,01

BKİ: Beden kitle indeksi, ÇÇT: Çocukluk Çağı Travması, ÇÇTÖ-DİS: ÇÇTÖ-Duygusal istismar, ÇÇTÖ-DİH: ÇÇTÖ-Duygusal ihmal, ÇÇTÖ-FİS: ÇÇTÖ-Fiziksel istismar, ÇÇTÖ-FİH: ÇÇTÖ-Fiziksel ihmal, ÇÇTÖ-CİS: ÇÇTÖ-Cinsel istismar, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, BAÖ: Beden Algısı Ölçeği, YTT-40: Yeme Tutumu Testi

**Tablo 6.** Tüm Katılımcıların RBSÖ, BAÖ Puanlarının ÇÇTÖ Tarafından Yordayıcı Doğrusal Regresyon Analiz

| Model       | B       | SH     | $\beta$ | t      | p         |
|-------------|---------|--------|---------|--------|-----------|
| 1 (Sabit)   | 26,938  | 1,718  |         | 15,679 | 0,000     |
| ÇÇTÖ Toplam | -0,198  | 0,045  | -0,433  | -4,432 | <0,001*** |
| 2 (Sabit)   | 166,034 | 10,035 |         | 16,545 | 0,000     |
| ÇÇTÖ Toplam | -0,965  | 0,261  | -0,372  | -3,700 | <0,001*** |

1Bağımlı Değişken: RBSÖ

2Bağımlı Değişken: BAÖ

\*\*\*p&lt;0,001

RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, BAÖ: Beden Algısı Ölçeği

Stewart ve ark. 2020, Marco ve Marco 2021). Çalışmamızda da olguların %43,7'sinde fiziksel hastalık tanısının saptanmış olması bu sonuçları destekler niteliktedir. Diyet, egzersiz ve çoklu ilaç tedavisine rağmen normal kan şekeri seviyelerine ulaşamayan, kardiyovasküler hastalığı olan ve ciddi solunum sıkıntısı yaşayan morbid obez hastalar için BC uygun bir tedavi seçeneği olabilir.

BC için başvuran aday hastalarda başvuru sırasında ve yaşam boyu psikiyatrik bozukluk yaygınlığının yüksek olduğu birçok çalışmada bildirilmiştir (de Zwaan ve ark. 2011, Hawkins ve ark. 2019, Giulietti ve ark. 2021). Özellikle depresyon, anksiyete bozuklukları ve tıknırcasına yeme bozukluğu en sık bildirilen psikiyatrik tanılardır (de Zwaan ve ark. 2011, Wrzosek

ve ark. 2018). Çalışmamızda da olguların %39,1'inin daha önce psikiyatrik tedavi aldıkları belirlenmiştir.

Çalışmamızda 41 kişi ÇÇT'sı olduğunu bildirmiştir. Konu ile ilgili çalışmalarda da BC için başvuran olgularda ÇÇT'sının varlığı ile psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişki incelenmiş ve katılımcıların büyük çoğunluğunda çocukluk çağında kötü muamele gördükleri bildirilmiştir. (Wildes ve ark. 2005, Martínez ve ark. 2013, Walsh ve ark. 2017, Federico ve ark. 2019). Çalışmamızda ÇÇT'sı bildiren katılımcılarımız ile ÇÇT'sı olmadığını bildiren katılımcılarımızın oranları birbirine çok yakındır. ÇÇT oranının daha yüksek olmamasının olası birkaç nedeni olabilir. İlk olarak ÇÇT bildirim oranının düşük olduğu ve bireylerin bu durumları beyan etmekte

zorlandıkları bilinmektedir. Ülkemizde yaygın olarak var olan geleneksel düşünme tarzı, bireylerin yaşayış biçimleri, toplumun ahlaki değer anlayışı, damgalanma endişesi, suçlanma ve utanç duygusunun da travma bildiriminde engelleyici bir rol oynadığı düşünülebilir. Diğer olası bir neden olarak, çalışmamızdaki katılımcıların hepsi BC için hastaneye başvuran ve cerrahiye gönüllü olan kişilerdir. Bu nedenle, psikiyatrik açıdan herhangi bir engel çıkmaması için kendilerini iyi gösterme eğiliminde olabilirler.

Çalışmamızda BAÖ ve RBSÖ puanlarının ÇÇT'sı olmayanlarda anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Korelasyon bulgularımıza baktığımızda da ÇÇTÖ toplam puanları ile benlik saygısı ve bedeninden memnuniyet algısı arasında negatif yönlü bir korelasyon vardır. BAÖ ve RBSÖ puanlarının yüksek olması olumlu olarak değerlendirildiğinden dolayı, ÇÇT'sı olan bireylerde bedeninden memnuniyet ve benlik saygısı düzeylerinin daha düşük olduğu sonucu çıkarılmaktadır. Konuyla ilgili olarak ÇÇT'sının benlik saygısı üzerinde etkisini ele alan çalışmalarda travmatik deneyimi olan bireylerin benlikleri üzerinde travmanın aşındırıcı etkisi olduğu bildirilmiştir (Ofazoğlu ve Sabah 2016). Ülkemizde psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar ile gerçekleştirilen bir çalışmada klinik grubun sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazla travmatik yaşantısının olduğu ve benlik saygısı düzeylerinin sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşük olduğu bildirilmiştir (Ataoglu ve ark. 2019). Bir diğer çalışmada ise çocukluk çağında yaşanan fiziksel istismarın yetişkin yaşamında bedeninden memnuniyetsizliğin oluşumunda önemli bir faktör olduğu bildirilmiştir (Treuer ve ark. 2005). Bildirilen bu çalışmalar, ÇÇT'lerinin benlik saygısı ve bedeninden memnuniyet üzerindeki olumsuz etkilerini göstermektedir. Klinik ve klinik olmayan gruplarla yapılan bu çalışmaların bulguları bizim bulgularımızla örtüşmektedir. Bu nedenle, genel toplumda görülen bu ilişkinin morbid obez bireyler için de geçerli olduğu sonucu çıkartılabilir. Ülkemizde BC ve obezite konusunda kısıtlı sayıda çalışma mevcuttur. Obez bireylerde ÇÇT'sı deneyimleri ile bedeninden memnuniyet düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Konu ile ilgili bir çalışmada ÇÇT varlığı ile bedeninden memnuniyetsizlik arasında bir ilişki olduğu bildirilmiş iken, bir diğer çalışma da ise herhangi bir ilişki olmadığı belirtilmiştir (Capoccia ve ark. 2015, Bianciardi ve ark. 2019). Çalışmamızda RBSÖ ve BAÖ puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu bulgular ülkemizde yapılan iki çalışmanın sonuçları ile uyumludur. (Tekdemir 2014, Kocakaya, 2019). Benzer şekilde bir başka çalışmada da bedeninden memnuniyetsizlik ile düşük benlik saygısı arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu bildirilmiştir (Green ve ark. 2009).

Çalışmamızda ÇÇTÖ alt boyutları ile BAÖ, RBSÖ ve YTT-40 arasındaki ilişkiyi değerlendirdiğimizde; benlik saygısı düzeyi fiziksel istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal, duygusal

ihmal ve duygusal istismar öyküsü olan katılımcılarda daha düşük bulunmuştur. Aktepe'nin (2009) bildirdiğine göre; cinsel istismar ve benlik saygısı alanında yapılan çalışmalarda cinsel istismarın bireyin benlik saygısını olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir. Cinsel istismarın çocuk üzerindeki etkilerine hem travmatik olayın gerçekleştiği zamanda hem de uzun dönemde rastlanmaktadır. Cinsel istismar mağduru çocuklarda görülen depresyonun düşük benlik saygısına neden olduğu ve ilerleyen yaşamında kişilerarası ilişkilerine ve sosyal ilişkilerine zarar verdiği bilinmektedir (Taner ve Gökler 2004). Obez bireylerde ÇÇTÖ alt boyutlarının bedeninden memnuniyet düzeyi, benlik saygısı ve yeme tutumu arasındaki ilişkiyi bildiren çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Çalışmalar genellikle ÇÇT deneyimlerinin obezitenin gelişimine etkisine odaklanmıştır. Bu nedenle, çalışmamızda elde ettiğimiz bu bulgunun kıymetli olduğu düşünülmektedir. Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada duygusal ve fiziksel ihmal öyküsü bulunanların benlik saygılarının daha düşük olduğu bildirilmiştir (Onat ve ark. 2016). Obez bireylerde ÇÇTÖ alt boyutlarına göre ayrıntılı çalışmaların kısıtlı olduğu görülmektedir. Çalışmamızda morbid obez bireylerde ÇÇTÖ alt boyutlarının hepsinin benlik saygısı üzerinde olumsuz etkiye neden olduğu sonucu elde edilmiştir.

Çalışmamızda, bedeninden memnuniyet düzeyi fiziksel ihmal, duygusal istismar ve duygusal ihmal öyküsü olan katılımcılarda daha düşük bulunmuştur. Alanyazınında ağırlıklı olarak ÇÇTÖ alt boyutlarıyla benlik saygısı ilişkisini gösteren çalışmaların olduğu; bedeninden memnuniyete yönelik çalışmaların oldukça kısıtlı olduğu görülmektedir. Ayrıca, obez bireylerde var olan ÇÇTÖ alt boyutları ve bedeninden memnuniyeti değerlendiren çalışmaya rastlanmamıştır. Şiddet gören obez kadınlarla yapılan bir çalışmanın sonucunda, kadınların BAÖ'den aldıkları puan ortalamasının kesme noktasının altında olduğu bildirilmiştir (Tortamış 2009). Çalışmamızda saptamış olduğumuz bu ilişkinin alanyazını için değerli olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda yeme tutumu normal olan katılımcı oranı, yeme davranışı bozukluğuna yatkın katılımcı oranından daha fazladır. Obez bireylerle yapılan bir çalışmada da çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde yeme davranışı bozukluğuna yatkın katılımcı oranı düşük olarak bildirilmiştir (Kaya ve ark. 2016). Ancak, aynı çalışmada YTT-40 puanları ile BKİ arasında pozitif bir korelasyon olduğu da belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda ise, BKİ ile YTT-40 dahil hiçbir değişkenin arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Çünkü bizim katılımcılarımızın tamamı morbid obezite grubunda yer aldığı için BKİ değerleri birbirine çok yakındır. Obez bireylerin ve BC aday hastalarının yeme davranışı bozukluğuna yatkın olduklarını bildiren çalışmalar mevcuttur (Eroğlu ve ark. 2018, Ünde 2017, Eroğlu ve ark. 2018, Akduman ve ark. 2021). Çalışmamızın bulguları ise, bu çalışmaların sonuçları ile uyumlu değildir. Bu durum BC öncesi değerlendirilen

hastaların kendilerini iyi gösterme eğilimiyle ilgili olabilir. Çünkü BC için gönüllü ve istekli olan katılımcılarımız herhangi bir sorun çıkmaması için yeme tutumu problemi bildirilmemiş ve bu nedenle yeme davranışı bozukluğuna yatkın olgu sayısı daha düşük olarak saptanmış olabilir.

Çalışmamızda yeme davranışı bozukluğuna yatkın olduğu saptanan katılımcıların YTT-40 ile ÇÇTÖ-CİS alt boyutu hariç, diğer alt boyut ve toplam puanları, BAÖ ve RBSÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bizim bulgumuzla örtüşen bir çalışmada da yeme tutumu ile bedeninden memnuniyet ve benlik saygısı arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir (Kocakaya 2019). Bunun nedeni çalışmamızın örneklem büyüklüğünün, YTT-40 ve diğer değişkenler arasındaki ilişkiyi saptamaya yeterli büyüklükte olmaması olabilir. Yazında ÇÇT öyküsü ile yeme davranışı bozukluğuna yatkınlık arasında ilişki olduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur (Gürcan ve Kolburan 2018, Belli ve ark. 2019, Akduman ve ark. 2021). Ayrıca, benlik saygısı ile yeme tutumu arasında ilişki olduğu da bildirilmiştir (Değirmenci 2006). Çalışmamızda sadece ÇÇT-CİS alt boyutu ile YTT-40 arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu sonuç, cinsel istismar öyküsü olan katılımcılarımızın yeme davranışı bozukluğuna yatkın olduklarını göstermektedir. Cinsel istismar öyküsü ve yeme davranışı bozukluğuna yatkınlık arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Opydo-Szymaczek 2018, Williams ve Gleaves 2008). Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre, obez bireylerdeki cinsel istismar öyküsü ile emosyonel yeme arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Akduman ve ark. 2021). Benzer şekilde ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada da cinsel istismar ve fiziksel ihmal ile yeme davranışı bozukluğuna yatkınlık arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (Tunç 2019). Ancak, ülkemizde yapılan bir başka çalışmada ise, ÇÇTÖ alt boyutlarıyla yeme tutumu arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirtilmiştir (Kocakaya 2019). Cinsel istismar öyküsünün varlığı BC sonrası kilo vermeyi etkileyen önemli etmenlerden biridir (Steining ve ark. 2012). Çalışmamızda bedeninden memnuniyet ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca, erkek katılımcılarda bedeninden memnuniyet puanları daha yüksektir. Buna göre, kadınların bedeninden memnuniyet düzeyleri daha düşük, erkeklerin ise daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bizim bulgumuzla örtüşen çalışmalarda da obez kadınların bedeninden memnuniyet düzeylerinin daha düşük olduğu bildirilmiştir (Kurt 2010, Küçük ve ark. 2018). Bedeninden memnuniyet değişkeni açısından cinsiyetler arasında farklılığın olmadığını bildiren çalışmalar da vardır (Akman 2019, Ata ve ark. 2014). Bedenden memnuniyeti ifade etmenin kültürel faktörlerden etkilenebileceği düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda erkeklerin beden memnuniyet düzeylerinin daha yüksek saptanmasını kültürel farklılık ile açıklayabiliriz. Duyguyu ifade etmede cinsiyet farklılığı

önemli bir yer tutmaktadır. Kadınlar ve erkekler duyguları ifade etmekte farklılaşmakta olup; kadınların erkeklerle göre duygularını daha fazla ifade ettikleri bilinmektedir (Akan ve Barışkın 2015). Erkeklerde bedenden memnuniyet düzeyinin daha yüksek çıkması erkeklerin memnuniyetsizliklerini daha az oranda ifade etmeleriyle ilişkili olabilir.

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Çalışmamız ke-sitsel niteliktedir. Örneklemnin küçük ve tek merkezde yürütülmüş olması da bir diğer kısıtlılığdır. Bu nedenle sonuçlarımız ile bir genelleme yapılması ya da neden sonuç ilişkisi kurulabilmesi olası değildir. Tüm katılımcılarımızın araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşmeyle değerlendirilmiş olması ise çalışmamızın güçlü yanlarıdır.

## SONUÇ

Çalışmamızda BC adaylarında ÇÇT'sı olanlarda daha düşük benlik saygısı ve yüksek oranda bedeninden memnuniyetsizlik saptanmış, cinsel istismar öyküsü bulunanların yeme davranışı bozukluğuna yatkın oldukları belirlenmiştir. BC öncesi olguların psikiyatrik değerlendirmesinde ÇÇT'sının sorgulanması psikiyatrik belirtiler açısından riskli grupların belirlenmesine ve obezite etiolojindeki olası psikolojik faktörlerin anlaşılmasına yardımcı olabilir. Ayrıca BC sonrası da olası psikiyatrik belirti ve bozuklukların izleminin planlanmasında önemli bir rol oynayabilir. Çünkü, ÇÇT'sı pek çok psikiyatrik belirti ve bozukluğun etiolojisinde yer aldığı gibi obez bireyler için obezitenin gelişimi ve bu bireylerdeki psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkması ile de ilişkili olabilir. Bu nedenle BC için başvuran olguların değerlendirilmesinde ÇÇT'sının sorgulanmasının önemli olduğu görülmektedir. Çalışmamızın sonuçlarının mevcut yazına ve klinik uygulamalara katkı sağlayacağını düşünüyoruz. Gelecekte BC sonrasını da içeren daha geniş örneklemli çalışmalar ile morbid obez hastalarda ÇÇT ve psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişkinin ayrıntılı bir şekilde inceleneneceği ve bu konunun daha iyi anlaşılacağı inancındayız.

## KAYNAKLAR

- Abilés V, Rodríguez-Ruiz S, Abilés J ve ark. (2010) Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. *Obes Surg* 20:161-67.
- Adler S, Fowler N, Robinson AH ve ark. (2018) Correlates of dietary adherence and maladaptive eating patterns following roux-en-Y bariatric surgery. *Obes Surg* 28:1130-5.
- Akan TŞ, Barışkın E (2017) Kültür ve cinsiyet bağlamında Berkeley Duygu İfadesi Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik ölçütleri. *Türk Psikiyatri Derg* 28: 43-50.
- Akduman I, Sevincer GM, Bozkurt S ve ark. (2021) The relationship between childhood maltreatment and problematic eating behaviors in bariatric surgery candidates. *Eat Weight Disord* 26:1357-63.
- Akkayaoğlu H, Çelik S (2020) Eating attitudes, perceptions of body image and patient quality of life before and after bariatric surgery. *Appl Nurs Res* 53:151270.

- Akman G (2019) Fazla Kilolu ve Obez Bireylerde Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Algılanan Sosyal Desteğin Yaşam Doyumuyla İlişkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
- Aktepe E (2009) Çocukluk çağı cinsel istismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2: 95-119.
- Ata A, Vural A, Keskin F (2014) Beden algısı ve obezite. *Ankara Med J* 14:74-84.
- Ataoğlu BB, Ataoğlu A, Ankaralı H (2019) Travmatik yaşantıların benlik saygısı üzerine etkisi. *Duzce Medical Journal* 21:186-9.
- Athanasiadis DI, Martin A, Kapsampelis P ve ark. (2021) Factors associated with weight regain post-bariatric surgery: a systematic review. *Surg Endosc* 35:4069-84.
- Asghari G, Mirmiran P, Yuzbashian E ve ark. (2017) A systematic review of diet quality indices in relation to obesity. *Br J Nutr* 117:1055-65.
- Arterburn DE, Telem DA, Kushner RF ve ark. (2020) Benefits and risks of bariatric surgery in adults: A review. *JAMA* 324:879-87.
- Bauchowitz AU, Gonder-Frederick LA, Olbrisch ME ve ark. (2005) Psychosocial evaluation of bariatric surgery candidates: a survey of present practices. *Psychosom Med* 67:825-32
- Belli H, Ural C, Akbudak M ve ark. (2019) Levels of childhood traumatic experiences and dissociative symptoms in extremely obese patients with and without binge eating disorder. *Nordic J Psychiatry* 73: 527-31.
- Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD ve ark. (2003) Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl* 27:169-90.
- Bianciardi E, Di Lorenzo G, Ntoli C ve ark. (2019) Body image dissatisfaction in individuals with obesity seeking bariatric surgery: exploring the burden of new mediating factors. *Riv Psichiatri* 54:8-17.
- Capoccia D, Monaco V, Coccia F ve ark. (2015) Axis II disorders, body image and childhood abuse in bariatric surgery candidates. *La Clinica terapeutica* 166: 248-53.
- Chooi YC, Ding C, Magkos F (2019) The epidemiology of obesity. *Metabolism* 92:6-10.
- Çuhadaroğlu F (1986) Adolesanlarda Benlik Saygısı. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- David LA, Sijercic I, Cassin SE (2020) Preoperative and post-operative psychosocial interventions for bariatric surgery patients: A systematic review. *Obes Rev* 21:e12926.
- Değirmenci T (2006) Obez Erişkinlerde Benlik Saygısı, Yaşam Kalitesi, Yeme Tutumu, Depresyon ve Anksiyete. Tıpta Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Denizli.
- Deveci A, Demet MM, Özmen B ve ark. (2005) Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı. *Anadolu Psikiyatri Derg* 6: 84-91.
- De Zwaan M, Enderle J, Wagner S ve ark. (2011) Anxiety and depression in bariatric surgery patients: a prospective, follow-up study using structured clinical interviews. *J Affect Disord* 133:61-8.
- ElAbd R, Samargandi OA, AlGhanim K ve ark. (2021) Body contouring surgery improves weight loss after bariatric surgery: A systematic review and meta-analysis. *Aesthetic Plast Surg* 45:1064-75.
- El Ansari W, Elhag W (2021) Weight regain and insufficient weight loss after bariatric surgery: Definitions, prevalence, mechanisms, predictors, prevention and management strategies, and knowledge gaps-a scoping review. *Obes Surg* 31:1755-66.
- Eroğlu MZ, Sertçelik S, Gündüz A ve ark. (2019) Bariyatrik cerrahi adaylarında yaşam kalitesi ve benlik saygısı. *Anadolu Psikiyatri Derg* 20:20-8.
- Farup PG, Valeur J (2020) Changes in faecal short-chain fatty acids after weight-loss interventions in subjects with morbid obesity. *Nutrients* 12:802.
- Flegal KM, Kit BK, Orpana H ve ark. (2013) Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 309:71-82.
- Fock KM, Khoo J (2013) Diet and exercise in management of obesity and overweight. *J Gastroenterol Hepatol* 4:59-63.
- Federico A, Spalatro AV, Giorgio I ve ark. (2019) Personality and psychopathology differences between bariatric surgery candidates, subjects with obesity not seeking surgery management, and healthy subjects. *Eat Weight Disord* 24:623-31.
- Garner DM, Garfinkel PE (1979) The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 9: 273-9.
- Giulietti C, Menculini G, Brufani F ve ark. (2021) Psychiatric comorbidity in bariatric surgery: A retrospective study in a general hospital. *Psychiatr Danub* 33:75-9.
- Green MA, Scott A, Cross SE ve ark. (2009) Eating disorder behaviors and depression: A minimal relationship beyond social comparison, self-esteem and body dissatisfaction. *J Clin Psychology* 65: 989-99.
- Grothe KB, Dubbert PM, O'jile JR (2006) Psychological assessment and management of the weight loss surgery patient. *Am J Med Sci* 331:201-6.
- Güler SA, Yılmaz TU, Şimşek T ve ark. (2018) Obesity and bariatric surgery awareness in the Kocaeli province, a leading industrial city in Turkey. *Türk J Surg* 34:165-8.
- Gürçan N, Kolburan ŞG (2018) Üniversitedeki kız öğrencilerin yeme tutumlarının yaşam doyumu ve çocukluk çağı travmaları ile ilişkisi. *Aydın Toplum ve İnsan Dergisi* 2:17-34.
- Hamurcu P, Öner C, Telatar B ve ark. (2015) Obezitenin benlik saygısı ve beden algısı üzerine etkisi. *Türk Aile Hek Derg* 19: 122-8.
- Hawkins M, Lee A, Leung S ve ark. (2019) Prevalence and factors associated with psychiatric medication use in bariatric surgery candidates. *Psychosomatics* 60:449-57.
- Hovardaoğlu S, Özdemir YD (1990) Vücut Algısı Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması/Şizofrenik ve Major Depresif Hastaların Beden İmgelerinden Doyum düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Hovardaoğlu S (1992) Vücut Algısı Ölçeği. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji (3P) Dergisi* 1(2).
- Kalarchian MA, Marcus MD (2015) Psychosocial interventions pre and post bariatric surgery. *Eur Eat Disord Rev* 23:457-62.
- Kararımkar Ö, Siviş-Çetinkaya R (2014) Benlik saygısının ve denetim odağının psikolojik sağlamlık üzerine etkisi: Duyguların aracı rolü. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 4:30-43.
- Kaya A, Yılmaz A, Demirhan Bİ (2016) Obez hastalarda yeme tutumu ile vücut kitle endeksi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Euras J Fam Med* 5: 117-9.
- Kinlen D, Cody D, O'Shea D (2018) Complications of obesity. *QJM* 111:437-43.
- Kocakaya G (2019) Yeme bozukluklarıyla ilişkili olabilecek değişkenlere bütüncül bakış. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi* 2: 28-45.
- Kolotkin RL, Crosby RD, Gress RE ve ark. (2008) Health and health-related quality of life: differences between men and women who seek gastric bypass surgery. *Surg Obes Relat Dis* 4:651-9.
- Kops NL, Vivan MA, Fülber ER ve ark. (2021) Preoperative binge eating and weight loss after bariatric surgery: A systematic review and meta-analysis. *Obes Surg* 3:1239-48.
- Kurt E (2010) Romatoid Artritli Hastalarda Beden İmajı ve Benlik Saygısı. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Küçük N, Mecdi-Kaydırak M, Aydın-Bilge Ç ve ark. (2018) Kadınlarda obezitenin benlik saygısı ve cinselliğe etkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 19: 126-34.
- Ladhani M, Craig JC, Irving M ve ark. (2017) Obesity and the risk of cardiovascular and all-cause mortality in chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. *Nephrol Dial Transplant* 32:439-49.
- Luo Q, Zhang L, Huang CC ve ark. (2020) Association between childhood trauma and risk for obesity: a putative neurocognitive developmental pathway. *BMC Med* 18:278.
- Marco A, Marco P (2021) Improvement in the cardiovascular profile of patients with morbid obesity following bariatric surgery: Effect on hypercoagulability. *Medicine (Baltimore)*. 100:e25280.
- Martínez EP, González ST, Vicente MM ve ark. (2013) Psychopathology in a sample of candidate patients for bariatric surgery. *Int J Psychiatry Clin Pract* 17:197-205.
- Oflazoğlu S, Sabah Ş (2016) Travmatik süreçlerde yaşanan sahiplik kayıpları ve benlik aşınması. *DEÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 18: 319-41.
- Onat G, Dinç H, Günaydin S ve ark. (2016) Çocukluk döneminde yaşanan ihmal veya istismarın benlik saygısına etkisinin incelenmesi. *HSP* 3: 9-15.

- Opolski M, Chur-Hansen A, Wittert G (2016) The eating-related behaviours, disorders and expectations of candidates for bariatric surgery. *Clin Obes* 5:165-97.
- Opydo-Szymaczek J, Jarzabek-Bielecka G, Kędzia W ve ark. (2018) Child sexual abuse as an etiological factor of overweight and eating disorders—considerations for primary health care providers. *Ginekologia Polska* 89: 48-54.
- Poyraz BÇ, Savrun MB (2012) Psychiatric Evaluation for Bariatric Surgery. *Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics* 5:5-8.
- Riva-Moscoco A, Martinez-Rivera RN, Cotrina-Susanibar G ve ark. (2021) Factors associated with nutritional deficiency biomarkers in candidates for bariatric surgery: A cross-sectional study in a Peruvian High-Resolution Clinic. *Nutrients* 14:82. Published 2021 Dec 25.
- Rosenberg M (1965) *Society And The Adolescent Self-Image*, NJ: Princeton University Press, Princeton.
- Savaşır I, Erol N (1989) Yeme Tutum Testi: Anoreksi nervoza belirtileri indeksi. *Psikoloji Dergisi* 7: 19-25.
- Schneider FD, Loveland Cook CA, Salas J ve ark. (2020) Childhood trauma, social networks, and the mental health of adult survivors. *J Interpers Violence* 35:1492-14.
- Secord PF, Jourard SM (1953) The appraisal of body-cathexis: body-cathexis and the self. *J Consult Psychol* 17:343-7.
- Snyder AG (2009) Psychological assessment of the patient undergoing bariatric surgery. *Ochsner J* 9:144-8.
- Soriano-Maldonado A, Martínez-Forte S, Ferrer-Márquez M ve ark. (2020) Physical Exercise following bariatric surgery in women with Morbid obesity: Study protocol clinical trial (SPIRIT compliant). *Medicine (Baltimore)*. 99:e19427.
- Steinig J, Wagner B, Shang E ve ark. (2012) Sexual abuse in bariatric surgery candidates—impact on weight loss after surgery: a systematic review. *Obesity Reviews* 13: 892-901.
- Stewart J, Allen S, Weidman-Evans E (2020) Bariatric surgery and type 2 diabetes. *JAAPA* 33:28-32.
- Stokes A, Ni Y, Preston SH (2017) Prevalence and trends in lifetime obesity in the U.S., 1988-2014. *Am J Prev Med* 53:567-75.
- Şar V, Öztürk PE, İkikardeş E (2012) Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk J Med Sci* 32:1054-63.
- Taner Y, Gökler B (2004) Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi* 35: 82-6.
- Tekdemir ŞÇ (2014) Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Obezite Polikliniğine Başvuran Bireylerin Beden Algılarının Benlik Saygısı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi*, Marmara Üniversitesi, İstanbul
- Tortamış B (2009) Sığınma Evinde Kalan Kadınlarda Şiddet Öyküsü Açısından Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Benlik Saygısı ve Beden Algısının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Treuer T, Koperdak M, Rozsa S ve ark. (2005) The impact of physical and sexual abuse on body image in eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 13: 106-111.
- Tunç P (2019) Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travması ve yeme tutumları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 11: 203-19.
- Ünde Ö (2017) Obez Bireylerin Çocukluk Çağı Travmaları ile Yeme Tutumları Bakımından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
- Vieira RAL, Rabelo Filho LV, Burgos MGPA (2020) Food consumption and its association with nutritional status, physical activity and sociodemographic factors of bariatric surgery candidates. *Rev Col Bras Cir* 46:e20192382. Published 2020 Jan 31.
- Villa-González E, Barranco-Ruiz Y, Rodríguez-Pérez MA ve ark. (2019) Supervised exercise following bariatric surgery in morbid obese adults: CERT-based exercise study protocol of the EFIBAR randomised controlled trial. *BMC Surg* 19:127.
- Walsh E, Rosenstein L, Dalrymple K ve ark. (2017) The importance of assessing for childhood abuse and lifetime PTSD in bariatric surgery candidates. *J Clin Psychol Med Settings* 24:341-54.
- Wei YF, Wu HD (2012) Candidates for bariatric surgery: morbidly obese patients with pulmonary dysfunction. *J Obes* 2012:878371.
- Wildes JE, Kalarchian MA, Marcus MD ve ark. (2008) Childhood maltreatment and psychiatric morbidity in bariatric surgery candidates. *Obes Surg* 18:306-13.
- Williams TL, Gleaves DH (2008) Childhood sexual abuse, body image, and disordered eating: a structural modeling analysis. *J Trauma Dissociation* 4: 91-108.
- Wiss DA, Brewerton TD (2020) Adverse childhood experiences and adult obesity: A systematic review of plausible mechanisms and meta-analysis of cross-sectional studies. *Physiol Behav* 223:112964.
- Wolfe BM, Kvach E, Eckel RH (2016) Treatment of obesity: Weight loss and bariatric surgery. *Circ Res* 118 :1844-55.
- Wright SM, Aronne LJ (2012) Causes of obesity. *Abdom Imaging* 37:730-2.
- Wrzosek M, Wojnar M, Sawicka A ve ark. (2018) Insomnia and depressive symptoms in relation to unhealthy eating behaviors in bariatric surgery candidates. *BMC Psychiatry* 18:153. Published 2018 May 29.
- Wu YK, Berry DC (2018) Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. *J Adv Nurs* 74:1030-42.
- Xu G, Song M (2021) Recent advances in the mechanisms underlying the beneficial effects of bariatric and metabolic surgery. *Surg Obes Relat Dis* 17:231-38.

# Sağlık Kaygısı Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Anketi (ÜBA-SK) Türkçe Formunun Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması



Sidar KIRAN<sup>1</sup>, Advie Esin YILMAZ<sup>2</sup>

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, Sağlık Kaygısı Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Anketi'ni (ÜBA-SK; Metacognitive Beliefs about Health Anxiety Questionnaire-MCQ-HA) Türkçeye uyarlamak ve psikometrik özelliklerini değerlendirmektir.

**Yöntem:** Çalışmada herhangi bir fiziksel hastalık tanısı olan 146 ve herhangi bir fiziksel hastalık tanısı olmayan 485 kişi olmak üzere toplam 631 katılımcı yer almıştır.

**Bulgular:** Faktör analizi sonuçları ÜBA-SK'nın fiziksel bir hastalığı olan, fiziksel bir hastalığı olmayan ve karma gruplarda özgün formuna benzer şekilde üç faktörlü bir yapıya sahip olduğunu doğrulamaktadır. Güvenirlik analizlerinde ölçeğin bileşik güvenirlik, madde-toplam güvenirlik ve test-tekrar test güvenirliği katsayıları kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur. Geçerlik analizleri ölçeğin fiziksel hastalığı olan ve olmayan gruplarda sağlık kaygısı ve bedensel duyuları abartma eğilimi ile anlamlı ve beklendik yönde ilişkiler gösterdiğini ortaya koymaktadır. Yanı sıra, herhangi bir sağlık problemi olmayan örneklemde, sağlık kaygısı düşük ve yüksek bireylerin sağlıkla ilgili üstbiliş puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Artımsal geçerliğe ilişkin sonuçlar, ÜBA-SK'nın sağlık kaygısı belirtilerini nörotisizm kişilik özelliği kontrol edildikten sonra da anlamlı olarak açıklayabildiğini göstermektedir.

**Sonuç:** Türkçe ÜBA-SK'nın özgün formuyla benzer psikometrik özelliklere sahip, sağlık kaygısı ile ilgili çalışmalarda kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir değerlendirme aracı olduğu görülmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Sağlık Kaygısı, Üstbiliş, Sağlık Kaygısı Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Anketi, Geçerlik, Güvenirlik

## ABSTRACT

### The Adaptation, Validity and Reliability Study of Turkish Metacognitive Beliefs about Health Anxiety Questionnaire (MCQ-HA)

**Objective:** The aim of the present study was to adapt the Metacognitive Beliefs about Health Anxiety Questionnaire (MCQ-HA) to Turkish, and to evaluate its psychometric properties.

**Method:** The study consisted of 631 participants, 146 of whom were diagnosed with a physical illness, while 485 of whom did not have any physical illness.

**Results:** As similar to its original form, factor analysis results confirmed a three-factor structure in samples with and without physical illness, as well as in the total sample. Results of composite reliability, item-total correlation and test-retest analyses revealed acceptable reliability coefficients for the MCQ-HA. Convergent validity of the MCQ-HA was supported with significant correlations with health anxiety symptoms and somatosensory amplification both in physical illness and healthy samples. Result of discriminant validity analysis revealed that the MCQ-HA was able to differentiate individuals with high and low levels of health anxiety. Incremental validity examinations showed that the MCQ-HA accounted for additional variance in health anxiety after controlling for neuroticism.

**Conclusion:** The Turkish form of the MCQ-HA has similar psychometric properties to its original form, and a valid and reliable assessment device to be used in studies focusing on health anxiety.

**Keywords:** Health Anxiety, Metacognition, Metacognitive Beliefs About Health Anxiety Questionnaire, Validity, Reliability

## GİRİŞ

Kişinin herhangi bir tıbbi hastalığı olmadığı halde zararsız bedensel duyuları yanlış yorumlamasına dayalı olarak ciddi bir hastalığa sahip olduğunu düşünmesi sağlık kaygısı olarak tanımlanmaktadır (Abramowitz ve ark. 2007). Kategorik bir yapıdan ziyade boyutsal bir yapı olarak ele alındığında,

kişinin sağlığı hakkında duyduğu kaygı hafif ve geçici endişelerden şiddetli ve kronik sağlık kaygısına kadar değişebilir (Ferguson 2009). Sağlık kaygısının hafif ve geçici düzeyleri toplumda yaygın bir şekilde görülürken, şiddetli ve kronik sağlık kaygısı daha çok klinik ortamlarda karşımıza çıkmaktadır (Taylor 2004). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının son baskısına (DSM-5) göre, şiddetli

**Geliş Tarihi:** 07.07.2021, **Kabul Tarihi:** 04.04.2022, **Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 17.10.2022

<sup>1</sup>Uzm. Psik., Atatürk Şehir Hastanesi, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Balıkesir, <sup>2</sup>Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniv., Psikoloji Bl., İzmir.

**Dr. Sidar Kiran, e-posta:** [sidarkiran5@gmail.com](mailto:sidarkiran5@gmail.com)

sağlık kaygısı ile birlikte bedensel belirtilerin mevcut olması Bedensel Belirti Bozukluğuna; bu kaygıya bedensel belirtilerin eşlik etmediği ya da hafif düzeyde eşlik ettiği tablolar Hastalık Kaygısı Bozukluğuna işaret etmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2013).

Sağlık kaygısını gelişimsel olarak inceleyen çalışmalar tutarlı olarak nörotisizm kişilik özelliğinin, sağlık odaklı kaygının güçlü bir yordayıcısı olduğunu ortaya koymaktadır (Cox ve ark. 2000, Ferguson 2004, Noyes ve ark. 2005). Ancak nörotisizmin birçok psikolojik bozuklukla ilişkili olduğu ve sağlık kaygısına özgü olmadığı da bilinmektedir (Weinstock ve Whisman 2006, Kotov ve ark. 2007). İlgili alanyazında sağlık kaygısını ortaya çıkartan ve sürdüren etmenleri bütünsel olarak inceleyen yaklaşımlar mevcuttur. Sağlık kaygısını açıklayan yaklaşımlardan biri olan bilişsel-algisal kuramlar, sağlık kaygısı yaşayan bireylerin bedensel duyularını güçlü, zararlı ve rahatsız edici olarak deneyimlemelerine neden olan ve bedensel duyularını abartma eğilimi (soma-tosensör amplifikasyonu) olarak tanımlanan bir yapıya sahip olduklarını öne sürmüşlerdir (Barsky 1992). Çalışmalar özellikle bilişsel modelin sağlık kaygısını açıklamak ve tedavi etmek açısından önemli bir rol üstlendiğini göstermektedir (Marcus ve Church 2003, Fulton ve ark. 2011, Alberts ve Hadjistavropoulus 2014). Sağlık kaygısı bilişsel modelinin merkezinde bedensel belirtilerin her zaman ciddi ve zararlı bir duruma işaret etmesi, bir hastalığa yakalanma olasılığının ve bu hastalığın ciddiyeti hakkındaki düşüncelerin abartılmış olması gibi hatalı inanışlar yer alır (Warwick ve Salkovskis 1990). Buna karşılık Wells (2000) bilişsel yaklaşımda sadece düşüncelerin içeriğine odaklanıldığını, ancak düşüncelere ilişkin düşünceleri içeren üstbilişlerin de psikolojik bozukluklarda kilit bir rol üstlendiğini öne sürmektedir. Başka bir ifadeyle üstbiliş düşüncelerin kontrol edilmesini, değiştirilmesini ve yorumlanmasını içeren psikolojik yapılar, bilgiler, olaylar ve süreçler olarak tanımlanmaktadır (Wells ve Cartwright-Hatton 2004).

Sağlık kaygısı üstbilişsel modeli (Bailey ve Wells 2015b), sağlık kaygısının bedensel belirtilere, hastalığa yakalanma olasılığına ve hastalığın sonuçlarına ilişkin değerlendirmelerden değil, hastalık hakkında sahip olunan düşüncelerin kendilerine ilişkin değerlendirmelerden kaynaklandığını ileri sürmektedir. Buna göre sağlık kaygısına yatkın olan bireyler “Bedensel belirtilerle ilgili en kötüsünü düşünmek beni güvende tutar” şeklinde hastalık hakkında endişe duymanın yararlı olduğuna dair olumlu üstbilişsel inanışlara sahiptir (Bailey ve Wells 2015b). Bu inanışlar bireyin sağlığı hakkında ruminasyon yapması, vücudunu takıntılı olarak kontrol etmesi veya çeşitli kaynaklardan güvence aramasına neden olabilmektedir (Buwalda 2008). Diğer yandan bireyler “Sağlığım hakkında düşünmek benim elimde değil”, “Sağlığım için endişelenmek vücuduma zarar verir” şeklinde hastalıkla ilgili düşünmenin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğuna dair olumsuz üstbilişsel

inanışlar da geliştirebilmektedir (Bailey ve Wells 2015b). Bu tür olumsuz üstbilişsel inanışlar ise bireyin hastalık hakkında düşünmemeye çalışmak veya hastalıkla ilgili uyarılardan kaçmak-kaçınmak gibi işlevsel olmayan başa çıkma yöntemleri kullanmasına, böylelikle de sağlık odaklı konularda yaşanan kaygının artmasına neden olmaktadır (Buwalda 2008).

Sağlık kaygısına özgü bu tür üstbilişsel yapılar görece yeni ortaya atıldığından (Bailey ve Wells 2015a), modelin geçerliği uluslararası alanyazında sınırlı sayıda çalışma tarafından ortaya konulmuştur (Bailey ve Wells 2015b, Bailey ve Wells 2016, Melli ve ark. 2017). Ülkemizde ise bilindiği kadarıyla henüz üstbilişsel inanışların sağlık kaygısı üzerindeki rolünü inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Öte yandan ülkemizde üstbilişsel inanışların, psikopatolojilerden bağımsız olarak değerlendirilmesi için Üstbilişler Ölçeği-30 (ÜBÖ-30, Tosun ve Irak 2008, Yılmaz ve ark. 2008) kullanılmaktadır. Ancak her psikolojik bozukluğun kendine özgü bir bilişsel içeriğe sahip olması nedeniyle, ilgili alanyazında farklı psikolojik bozukluklara özgü üstbilişlerin değerlendirilmesi için farklı ölçme araçları geliştirilmiş durumdadır. Bu bağlamda Sağlık Kaygısı Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Anketi (ÜBA-SK, Bailey ve Wells 2015a), sağlık konularında yaşanan kaygıya ilişkin üstbilişleri değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş güncel bir veri toplama aracıdır.

Bu araştırmanın temel amacı ÜBA-SK’yı Türkçeye uyarlayarak, ölçeğin psikometrik özelliklerini sağlık kaygısına yatkınlık açısından farklı özellikler gösterebilecek fiziksel hastalığı olan ve olmayan gruplar üzerinde kapsamlı şekilde incelemektir. Böylece ülkemizde sağlık kaygısı konusunda yürütülecek kuramsal ve uygulamalı çalışmalara zemin hazırlanarak, ilgili kavramın daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunulacağı düşünülmektedir. Bu amaç çerçevesinde öncelikle Türkçe ÜBA-SK’nın fiziksel bir hastalığı olan ve olmayan gruplarda özgün formuna uygun bir faktör yapısına, kabul edilebilir güvenirlik değerlerine ve zaman içerisinde tutarlı ölçümler verebilme özelliğine sahip olup olmadığı incelenecektir. Ardından Türkçe ÜBA-SK’nın sağlık kaygısına özgü üstbilişleri değerlendirebilme derecesi; sağlık kaygısı ve bedensel duyularını abartma eğilimi gibi ilgili yapılarla arasındaki ilişkiler ve sağlık kaygısını açıklamada genel bir kaygıya yatkınlık olarak tanımlanan nörotisizm özelliğinin ötesinde anlamlı bir katkı yapıp yapmadığı gibi geçerlik ölçümleri açısından ele alınacaktır.

## YÖNTEM

### Örneklem

Araştırmanın örneklemini, ortalaması 27,93±9,26 olan 18-64 yaş aralığındaki 410 (%65) kadın, 213 (%33,8) erkek ve 8 (%1,3) diğer olmak üzere toplam 631 katılımcıdan oluşmaktadır. Katılımcılara uygunluk örnekleme (convenience



sampling) yöntemi kullanılarak ulaşılmıştır. Veriler internet ve elden toplama yöntemiyle farklı illerden, hastanelerden, üniversitelerden ve işyerlerinden toplanmıştır. Demografik Bilgi Formu'nda yer alan fiziksel hastalık ile ilgili sorularla herhangi bir kronik hastalığı olan ve olmayan katılımcılar belirlenebilmiştir. Örneklem grubunun %59,7'si üniversite mezunu, %68,8'i bekardır. Katılımcıların 146'sında (%231) kronik bir fiziksel hastalık (örn. astım, kalp, tansiyon hastalıkları) tanısı mevcutken, 485 (%76,9) katılımcının herhangi bir kronik fiziksel hastalığı bulunmamaktadır. Fiziksel bir hastalığa sahip olan grubun yaş ortalamasının ( $X=29,9$ ,  $S=10,84$ ) sağlıklı grubun yaş ortalamasından ( $X=27,35$ ,  $SS=8,67$ ) anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur ( $t(624)=2,914$ ,  $p<0,05$ ). Fiziksel hastalığı olan grupta 75 (%51,4) kadın ve 71 (%48,6) erkek katılımcı; sağlıklı grupta ise 335 (%69,1) kadın, 142 (%29,3) erkek ve 8 (%1,6) diğer cinsiyet grubundan katılımcı bulunmaktadır. Gruplar cinsiyet değişkeni açısından farklılaşırken ( $\chi^2=20,27$ ,  $p<0,01$ ), yüksekokul ve üzeri eğitim görme düzeyi açısından değerlendirildiğinde fiziksel hastalığı olan grup (%53,4) ile sağlıklı grup (%61,7) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $\chi^2=10,45$ ,  $p>0,05$ ).

### Veri Toplama Araçları

Sağlık Kaygısı Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Anketi (ÜBA-SK, Bailey ve Wells 2015a). Sağlık kaygısı ile ilgili üstbilişsel inanışları değerlendiren 14 maddelik bir ölçektir. Üç alt boyutu bulunmaktadır: (1) belirtilerle ilgili belirli bir şekilde düşünmenin hastalıklara engel ya da sebep olabileceğine ilişkin inanışları değerlendiren “yanlı düşünme hakkında inanışlar” (YDİ), (2) hastalıkla ilgili düşüncelere sahip olmanın olumsuz sağlık sonuçlarına yol açabileceği ile ilgili inanışları kapsayan “düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inanışı” (DHİ) ve (3) hastalık hakkında düşünmenin kişinin kontrolünde olmadığına ilişkin inanışları ifade eden “düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanışı” (DKİ). Maddeler “1” (katılmıyorum) ile “4” (çok katılıyorum) arasında puanlanmakta ve puanlardaki artış sağlıklı ile ilgili üstbilişsel inanışlardaki artışa işaret etmektedir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayılarının tüm ölçek ve YDİ, DHİ ve DKİ boyutları için sırasıyla 0,90, 0,83, 0,78 ve 0,81 olduğu bildirilmiştir. Ölçeğin uyum geçerliğini (convergent validity) destekler şekilde, ÜBA-SK'dan alınan toplam puan ve alt boyutları ile sağlık kaygısını değerlendiren Whiteley İndeksi arasındaki korelasyonlar 0,49 ile 0,71 aralığında, Beden ve Sağlık Hakkında Bilişler Ölçeği ile ise 0,42 ile 0,54 aralığında bulunmuştur. Ölçeğin ayrışma geçerliğini değerlendirmek için Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu'nun nörotisizm alt boyutundan alınan ölçümler kullanılmıştır. Buna göre ÜBA-SK'nın sağlık kaygısı ile ilişkisinin ( $r=0,69$ ), genel bir kaygı eğilimi olarak tanımlanan nörotisizm ve sağlık kaygısı arasındaki ilişkiden ( $r=0,37$ ) anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği-Kısa Form (SAÖ-KF, Salkovskis ve ark. 2002). Sağlık kaygısı belirtilerinin şiddetini değerlendiren 18 maddelik SAÖ-KF, “bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı” ve “hastalığın olumsuz sonuçları” olmak üzere iki boyuttan oluşmaktadır. Yüksek puanlar sağlık kaygısındaki artışa işaret etmektedir. Türkçe SAÖ-KF'nin iç tutarlılık katsayısı 0,92, test tekrar test güvenilirliği 0,57 olarak bulunmuştur (Aydemir ve ark. 2013). Ölçeğin hastalığın olumsuz sonuçları boyutu, kalp hastalığı, kanser gibi ciddi bir hastalığa sahip olunduğu “farz edildiğinde” nasıl hissedileceğine odaklanmakta olup, fiziksel bir hastalığa sahip olan kişiler için kullanılmamaktadır (Tang ve ark. 2007, Hadjistavropoulos ve ark. 2012, Yılmaz ve Dirik 2018).

Eysenck Kişilik Anketi- Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu (EKA-GGK, Francis ve ark. 1992). Kişiliğin değerlendirilmesinde kullanılan dışadönüklük, nörotisizm, psikotizm ve yalan olmak üzere dört boyuttan ve 24 maddeden oluşan bir özbebildirim ölçeğidir. Her madde “evet” veya “hayır” şeklinde cevaplanır. EKA-GGK Türkçe uyarlama çalışmasında (Karancı ve ark. 2007) nörotisizm boyutunun iç tutarlılığı 0,65 olarak bulunmuştur.

Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ, Barsky ve ark. 1990). Kişilerin bedensel duyumlarını abartma eğilimlerini değerlendirmek üzere geliştirilen ve 10 maddeden oluşan bir özbebildirim ölçeğidir. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışmasında iç tutarlılık katsayısı sağlıklı kontrol grubu için 0,62, hasta grubu için 0,76, her iki grup beraber ele alınınca 0,68 olarak bulunmuştur (Güleç ve ark. 2007).

### İşlem

ÜBA-SK'yı Türkçeye uyarlamak amacıyla öncelikle ölçeğin özgün formunu geliştiren araştırmacılar ve Dokuz Eylül Üniversitesi (üniversite adı değerlendirme sürecinden sonra eklenecektir) Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alınmıştır. Türkçeye uyarlamada geleneksel yaklaşım olan çeviri-geri çeviri yöntemi (Brislin 1970) kullanılmıştır. Öncelikle ölçek, iki yazar tarafından Türkçeye çevrilmiş ardından değerlendirmeleri için her iki dile de hakim ve klinik psikoloji alanında uzman üç yargıcıya gönderilmiştir. Yargıcıların değerlendirmeleri göz önüne alınarak ve ölçeğe yeni madde eklenmeyecek ölçeğe son hali verilmiştir. Ölçeğin düzeltilmiş Türkçe formunun geri çevirisi alan dışı bir dilbilimci tarafından yapılmıştır. Geri çevrilen ölçek ile özgün ölçek ekip tarafından içerik ve biçim açısından karşılaştırılmıştır. Çevirinin uygunluğu değerlendirildikten sonra ölçek son halini almıştır. Çalışmanın verileri Mayıs 2019-Ekim 2019 tarihleri arasında çevrimiçi anket uygulaması ve elden dağıtılan anketler ile toplanmıştır. Uygulama öncesinde katılımcılara araştırma ile ilgili bilgi verilmiş ve onamları alınmıştır. Ölçeklerin uygulanması ortalama 20 dakika sürmüştür. Test tekrar test güvenilirliği için gönüllü olduğunu bildiren 95 kişiye e-posta adreslerinden ulaşılarak, 3-4 hafta arayla tekrar ÜBA-SK uygulaması yapılmıştır.

## İstatistiksel Analizler

Bu çalışmadaki psikometrik incelemeler SPSS 24 kullanılarak yürütülmüştür. Öncelikle fiziksel bir hastalığa sahip olan ve olmayan örneklem gruplarının, araştırma değişkenlerinden aldıkları puanlar bağımsız t testi analizi ile karşılaştırılmıştır. ÜBA-SK'nın yapı geçerliği tüm örneklem grubu üzerinde Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) aracılığıyla incelenmiştir. Ardından, AFA'dan elde edilen faktör yapısını doğrulamak amacıyla, tüm örneklemde elde edilen veri setine AMOS 22.0 programı kullanılarak Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) uygulanmıştır. Tüm grupta doğrulanan faktör yapısının sağlık durumuna göre (fiziksel bir hastalığı olan ve fiziksel bir hastalığı olmayan gruplarda) ölçme değişmezliği olup olmadığı ise Çok Gruplu DFA ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin güvenirlik incelemeleri kapsamında bileşik güvenirlik (composite reliability), madde-toplam korelasyon ve test tekrar test katsayıları hesaplanmıştır. ÜBA-SK'nın uyum geçerliğini incelemek amacıyla sağlık kaygısı ve bedensel duyuları abartma eğilimi ile arasındaki ilişkiler Pearson Korelasyon katsayıları hesaplanarak incelenmiştir. Özgün çalışmada sağlık kaygısı belirtilerini değerlendirmek amacıyla kullanılan Whiteley İndeksinin (Pilowsky 1967) 14 maddeden oluşan uyarlamasının Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasının bulunmaması nedeniyle SAÖ-KF kullanılmıştır. ÜBA-SK'nın ayırt edici geçerliğini (discriminant validity) değerlendirmek amacıyla sağlık kaygısı düşük ve yüksek katılımcıların ÜBA-SK'nın üç altboyutuna (YDİ, DHİ ve DKİ) ilişkin puanlarında bir farklılaşma olup olmadığı Tek Yönlü MANOVA ile incelenmiştir. Son olarak, ölçeğin artımsal geçerliğini (incremental validity) incelemek amacıyla yürütülen Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi ile ÜBA-SK alt boyutlarından alınan puanların, nörotisizmin etkisi kontrol edildikten sonra sağlık kaygısının açıklanmasına anlamlı bir katkı yapıp yapmadığı değerlendirilmiştir.

## BULGULAR

### Betimsel Analizler

ÜBA-SK'nın uyarlamasının yapılacağı bu çalışmanın çoğunluğunu fiziksel bir hastalığı olmayan grup (%76,9) oluşturmaktadır. Fiziksel bir hastalığı olan ve olmayan gruplardan

elde edilen veriler arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını değerlendirmek amacıyla bağımsız t testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların nörotisizm ve bedensel duyuları abartma eğilimi açısından anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Öte taraftan fiziksel bir hastalığı olan grubun olmayan gruba göre sağlık kaygısı puanlarının ve sağlık kaygısı hakkında üstbilişsel inanışlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 1).

### Faktör Analizi

Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA): Yürütülen AFA için faktörleştirme tekniği olarak özgün çalışmaya uygun şekilde Temel Bileşenler Analizi kullanılmıştır. Verilerin faktör analizine uygunluğu incelendiğinde Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı (0,84>0,6) yeterli ve Barlett Sphericity testi sonucu [ $\chi^2=2205,360$ ,  $p<0,001$ ] anlamlı bulunmuştur. Herhangi bir eksen döndürme yöntemi kullanılmadan yürütülen ilk AFA, ölçeğin iki faktörlü bir yapı sergilediğine ve maddelerin özgün faktörler altına yüklenmediğine işaret etmiştir. Tekrarlanan AFA'lar anlamlı faktör deseninin maddelerin üç faktöre yüklenmeye zorlanması sonucunda ortaya çıktığını göstermiştir. Ancak 13. maddenin ("Sadece bir tanı aldığım zaman endişelenmeyi bırakabilirim") yüklenmesi gereken faktör dışında başka bir faktöre yüklendiği, anlam olarak yüklendiği faktöre uygun olmadığı ve bu faktörün güvenirliğine katkı sağlamadığı görüldüğünden, ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir. Kalan 13 madde ile tekrarlanan AFA sonucunda toplam varyansın %53,36'sını açıklayan üç faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Yine özgün formuna uygun şekilde, eğik (oblique) döndürme türlerinden Promax yöntemi kullanılarak yapılan eksen döndürme işlemi sonucunda; birinci faktör altında toplanan maddelerin (5, 4, 6, 9 ve 1) özgün ölçeğin "düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inancı", ikinci faktör altında toplanan maddelerin (11, 14, 10, 8 ve 3) "yanlı düşünme hakkında inanışlar" ve üçüncü faktör altında toplanan maddelerin (2, 7 ve 12) "düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inancı" boyutlarına ait maddeler olduğu gözlenmiştir. DHİ boyutuna ait maddelerin faktör yükleri 0,60 ile 0,92 arasında, YDİ boyutuna ait maddelerin 0,45 ile 0,74 arasında ve DKİ boyutuna ait maddelerin 0,50 ile 0,80 arasında değişmektedir.

**Tablo 1.** Değişkenlerin Fiziksel Hastalığı Olan ve Olmayan Gruplar Açısından Karşılaştırılması

| Değişkenler | Fiziksel Hastalık Tanısı Olanlar<br>(n = 146) | Fiziksel Hastalık Tanısı Olmayanlar<br>(n = 485) | t      |
|-------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------|
|             | Ort. ± S                                      | Ort. ± S                                         |        |
| ÜBA-SK      | 26,34 ± 6,81                                  | 25,01 ± 6,01                                     | 2,27** |
| SAÖ-KF      | 17,26 ± 8,14                                  | 15,14 ± 7,66                                     | 2,89*  |
| EKA-GGK-N   | 3,65 ± 2,04                                   | 3,32 ± 1,93                                      | 1,81   |
| BDAÖ        | 30,37 ± 7,61                                  | 29,04 ± 6,94                                     | 1,98   |

\*p<0,05 \*\*p<0,01

ÜBA-SK: Sağlık Kaygısı Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Anketi, SAÖ-KF: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği- Kısa Form, BDAÖ: Bedensel Duyuları Abartma Ölçeği, Eysenck Kişilik Anketi- Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu.

**Tablo 2.** Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları ve Maddelere Ait Betimsel İstatistik Analiz Sonuçları

| Maddeler                                                                                  | DHİ  | YDİ  | DKİ  | Ort. | SS   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|
| 5. Hastalıkla ilgili endişelenmek hastalanma olasılığını artırır.                         | 0,88 |      |      | 2,61 | 1,02 |
| 4. Olumsuz düşünmek hasta olma riskimi artırabilir.                                       | 0,84 |      |      | 2,81 | 0,96 |
| 6. Bazı düşüncelerin beni hasta etme gücü vardır.                                         | 0,69 |      |      | 2,38 | 1,06 |
| 9. Sağlığım ile ilgili endişelenmek bedenime zarar verir.                                 | 0,59 |      |      | 2,30 | 1,02 |
| 1. Hastalanmayı düşünmek sağlığımı bozabilir.                                             | 0,58 |      |      | 2,44 | 1,02 |
| 10. Fiziksel belirtilerle ilgili olumlu düşünürsem, hastalıklara hazırlıksız yakalanırım. |      | 0,66 |      | 1,52 | 0,82 |
| 14. Sağlığım ile ilgili olumlu düşünmek, risk almama neden olur ve hastalanırım.          |      | 0,59 |      | 1,29 | 0,63 |
| 8. Belirtilerle ilgili en kötüsünü düşünmek beni güvende tutar.                           |      | 0,51 |      | 1,52 | 0,86 |
| 11. Sağlığım ile ilgili endişelenmek hastalıklarla baş etmeme yardımcı olur.              |      | 0,49 |      | 1,72 | 0,87 |
| 3. Sağlıklı olduğumu düşündüğüm için cezalandırılacağım.                                  |      | 0,41 |      | 1,11 | 0,44 |
| 12. Sağlığım ile ilgili düşüncelerimi kontrol edemem.                                     |      |      | 0,70 | 1,53 | 0,80 |
| 7. Hastalıkla ilgili düşünüp durmak kontrol edilemez.                                     |      |      | 0,64 | 1,71 | 0,90 |
| 2. Fiziksel belirtilerim olduğu sürece huzurlu olamam.                                    |      |      | 0,36 | 2,39 | 0,94 |
| Uyum Değerleri                                                                            |      |      |      |      |      |

| $\chi^2$ | Sd | $\chi^2/sd$ | RMSA | GFI  | AGFI | CFI  | RMR  | SMR  | NFI  |
|----------|----|-------------|------|------|------|------|------|------|------|
| 157,61   | 62 | 2,54        | 0,05 | 0,96 | 0,95 | 0,96 | 0,04 | 0,05 | 0,93 |

DHİ: Düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inancı. YDİ: Yanlı düşünme hakkında inanışlar. DKİ: Düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inancı.

Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA): ÜBA-SK'nın yapı geçerliğini sınamak amacıyla yürütülen DFA sonucunda elde edilen uyum değerleri ( $\chi^2=157,608$ ,  $N=631$ ,  $sd=62$ ,  $\chi^2/sd=2,542$ ,  $RMSEA=0,05$ ,  $GFI=0,96$ ,  $AGFI=0,95$ ,  $CFI=0,96$ ,  $NFI=0,93$ ), modelin veriye kabul edilebilir düzeyde iyi uyum sağladığını göstermektedir. Sonuçlar AFA'dan elde edilen üç faktörlü yapıyı herhangi bir düzeltme önerisi olmaksızın desteklemektedir. Tablo 2'de her bir maddenin DFA'dan elde edilen faktör yüklerinin yanı sıra, ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir.

Çok Gruplu Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları: ÜBA-SK'nın fiziksel bir hastalığı olan ve olmayan örneklemdeki ölçme değişmezliğini incelemek amacıyla test edilen modellerin geçerliği, iç içe geçmiş iki modelin CFI değerleri arasındaki farklılıklar ( $\Delta CFI$ ) hesaplanarak belirlenmiştir. Buna göre iki modelin karşılaştırılması sonucunda  $\Delta CFI$  değerinin 0,01 veya daha küçük olması ( $\Delta CFI \leq 0,01$ ) ölçme değişmezliğinin sağlandığını gösterir (Milfont ve Fischer 2010). Biçimsel (configural) değişmezlik modelinin doğrulanması ölçeğin faktör yapısının ve bu faktörleri oluşturan maddelerin, zayıf

(weak/metric) değişmezlik modelinin doğrulanması maddelerin faktör yüklerinin gücünün ve güçlü (strong/scalar) değişmezlik modelinin doğrulanması ölçek faktörlerinden alınan ortalamaların incelenen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı olmadığına işaret etmektedir. Ölçme değişmezliğini göstermek açısından gerekli olmamakla birlikte, katı (strict) değişmezlik ise maddelerin ölçme hatalarının gruplar arasında anlamlı bir farklılık göstermediğine işaret etmektedir (Byrne 2010).

Tablo 3'ten takip edilebileceği üzere, analiz sonuçları fiziksel bir hastalığı olan ve fiziksel bir hastalığı olmayan gruplarda biçimsel değişmezlik modelinin doğrulandığını göstermektedir. Biçimsel değişmezlik modeli diğer modeller ile kıyaslandığında CFI fark değerlerinin ölçme değişmezliği kriterlerini karşıladığı da gözlenmektedir. Buna göre zayıf değişmezlik modeli, güçlü değişmezlik modeli ve katı değişmezlik modeli doğrulanmıştır. Tüm bulgular birlikte değerlendirildiğinde, ÜBA-SK'nın faktör yapısının fiziksel bir hastalığı olan-olmayan karma grup, fiziksel bir sağlık problemi olan ve olmayan gruplar arasında değişken olmadığı görülmektedir.

**Tablo 3.** ÜBA-SK Faktör Yapısının Ölçme Değişmezliği Sonuçları

| Modeller (M)             | Model Uyumu |     |             |       |       | Model Karşılaştırmaları |                 |             |              |
|--------------------------|-------------|-----|-------------|-------|-------|-------------------------|-----------------|-------------|--------------|
|                          | $\chi^2$    | Df  | $\chi^2/df$ | CFI   | RMSA  | $\Delta M$              | $\Delta \chi^2$ | $\Delta df$ | $\Delta CFI$ |
| M1: Biçimsel değişmezlik | 255,92*     | 124 | 2,06        | 0,939 | 0,041 |                         | -               | -           | -            |
| M2: Zayıf değişmezlik    | 263,40*     | 134 | 1,97        | 0,940 | 0,039 | M2-M1                   | 7,49            | 10          | 0,001        |
| M3: Güçlü değişmezlik    | 274,62*     | 140 | 1,96        | 0,937 | 0,039 | M3-M2                   | 11,22           | 6           | -0,003       |
| M4: Katı değişmezlik     | 304,26*     | 153 | 1,99        | 0,930 | 0,040 | M4-M3                   | 29,64           | 13          | -0,007       |

\*p<0,01

**Tablo 4.** ÜBA-SK'nın İç Tutarlılık (Cronbach  $\alpha$ ), Madde-Toplam Puan Korelasyon ve Test-Tekrar Test Sonuçları

|        | Bileşik Güvenirlik |                                  |                                     | Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayı Aralığı |                                  |                                     | Test-Tekrar Test |
|--------|--------------------|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|------------------|
|        | Tüm Örneklem       | Fiziksel Hastalığı Olan Örneklem | Fiziksel Hastalığı Olmayan Örneklem | Tüm Örneklem                                 | Fiziksel Hastalığı Olan Örneklem | Fiziksel Hastalığı Olmayan Örneklem | Tüm Örneklem     |
| ÜBA-SK | 0,89               | 0,90                             | 0,88                                | 0,24-0,60                                    | 0,26-0,58                        | 0,21-0,62                           | 0,79             |
| DHİ    | 0,84               | 0,84                             | 0,84                                | 0,53-0,77                                    | 0,52-0,74                        | 0,52-0,78                           | 0,72             |
| YDİ    | 0,67               | 0,71                             | 0,63                                | 0,33-0,50                                    | 0,38-0,56                        | 0,29-0,46                           | 0,75             |
| DKİ    | 0,60               | 0,67                             | 0,56                                | 0,28-0,43                                    | 0,39-0,55                        | 0,23-0,41                           | 0,70             |

ÜBA-SK: Sağlık Kaygısı Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Anketi, DHİ: Düşüncelerin Hastalığa Neden Olabileceği İnanışı, YDİ: Yanlı Düşünme Hakkında İnanışlar, DKİ: Düşüncelerin Kontrol Edilemez Olduğu İnanışı.

### Güvenirlik Analizleri

ÜBA-SK'nın fiziksel bir hastalığı olan ve olmayan gruplarda aynı faktör yapısını sergilediği görüldüğünden, güvenilirlik incelemeleri toplam örneklem, fiziksel bir hastalığı olan örneklem ve fiziksel bir hastalığı olmayan örneklem üzerinde ayrı ayrı yürütülmüştür (Tablo 4). Hair ve arkadaşları (2009) tarafından ifade edildiği gibi bileşik güvenilirlik katsayısı için 0,70'ten yüksek değerler iyi, 0,60 ve 0,70 arasındaki değerler kabul edilebilir düzeyde güvenilirliğe işaret etmektedir. Bu doğrultuda, üç grupta da tüm ölçeğin ve DHİ ve YDİ alt boyutlarının iyi ve kabul edilebilir düzeyde güvenilirliğe sahip olduğu görülmüştür. DKİ alt boyutunun güvenilirlik değerlerinin ise yalnızca fiziksel hastalığı olmayan grupta kabul edilebilir sınırın altında kaldığı saptanmıştır. Kline (1986) ölçütüne ( $\geq 0,20$  "kabul edilebilir") göre incelendiğinde, madde-toplam puan korelasyonlarının her üç örneklem grubunda da kabul edilebilir düzeyde olduğu bulunmuştur. ÜBA-SK'nın 95 katılımcıya 3-4 hafta arayla iki kez uygulanması üzerine elde edilen test-tekrar test sonuçları ise tüm ölçeğin ve alt boyutlarının güvenilirliğinin, her üç grupta da kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermektedir.

### Geçerlik Analizi

**Uyum Geçerliği:** ÜBA-SK toplam puanı ve alt boyutları, her iki örneklem grubunda da sağlık kaygısı belirtileri ve bedensel duyuları abartma eğilimi ile pozitif yönde ve anlamlı

korelasyonlar sergilemiştir. Tablo 5'ten görülebileceği üzere, ÜBA-SK toplam puanı ve alt boyutlarının sağlık kaygısı belirtileri ve bedensel duyuları abartma eğilimi ile ilişkileri, Cohen (1988) ölçütlerine ( $r > 0,10$  ile  $< 0,29$  "düşük",  $r > 0,30$  ile  $< 0,49$  "orta",  $r > 0,50$  "yüksek") göre düşük ve orta düzey arasında değişmektedir. Tüm değişkenlerle en güçlü ilişkiyi gösteren ÜBA-SK boyutunun düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inancı olması dikkat çekmektedir.

**Ayırt Edici Geçerlik:** Ölçeğin ayırt edici geçerliği sağlık kaygısı açısından heterojen özellikte ve yapılacak analize uygun büyüklükte olması nedeniyle fiziksel hastalık tanısı olmayan örneklem üzerinde incelenmiştir. Analiz öncesinde SAÖ-KF puanlarının alt ve üst çeyrekleri hesaplanmış, buna göre 14 ve aşağı puan alanlar sağlık kaygısı belirtileri düşük ( $n=146$ ), 20 ve yukarısında puan alanlar sağlık kaygısı belirtileri yüksek ( $n=125$ ) grubu oluşturmuştur. MANOVA varsayımları kontrol edildiğinde kovaryans matrislerinin eşitliği koşulunun sağlanmadığı görülmüş, bu nedenle analizin yorumlanmasında Pillai's Trace kriteri kullanılmıştır (Tabachnick ve Fidell 2007). MANOVA bulguları sağlık kaygısı belirtileri düşük ve yüksek grupların üstbilişsel inanışlardan elde ettiği puanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğunu göstermiştir (Pillai Trace ( $\lambda$ )=0,243,  $F(3,267)=28,61$   $p < 0,01$ ). ÜBA-SK'nın alt boyutları bazında yapılan tek yönlü ANOVA sonuçları, sağlık kaygısı belirtileri yüksek olan grubun düşük olan gruba kıyasla sağlıklı ilgili tüm üstbiliş boyutlarından anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldığını göstermektedir (Tablo 6).

**Tablo 5.** ÜBA-SK Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Araştırma Değişkenleriyle İlişkisini Gösteren Korelasyon Matrisi

| Fiziksel Hastalık Tanısı Olanlar (N = 146) |        |        |        |        |        | Fiziksel Hastalık Tanısı Olmayanlar (N = 485) |        |        |        |        |        |        |   |
|--------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---|
| Ölçekler                                   | 2      | 3      | 4      | 5      | 6      | Ölçekler                                      | 2      | 3      | 4      | 5      | 6      |        |   |
| 1.ÜBA-SK                                   | 1      |        |        |        |        | 1.ÜBA-SK                                      | 1      |        |        |        |        |        |   |
| 2.DHİ                                      | 0,82** | 1      |        |        |        | 2.DHİ                                         | 0,84** | 1      |        |        |        |        |   |
| 3.YDİ                                      | 0,69** | 0,24** | 1      |        |        | 3.YDİ                                         | 0,62** | 0,19** | 1      |        |        |        |   |
| 4.DKİ                                      | 0,79** | 0,49** | 0,48** | 1      |        | 4.DKİ                                         | 0,70** | 0,37** | 0,39** | 1      |        |        |   |
| 5.SAÖ-KF                                   | 0,45** | 0,29** | 0,34** | 0,47** | 1      | 5.SAÖ-KF                                      | 0,44** | 0,29** | 0,28** | 0,48** | 1      |        |   |
| 6.BDAÖ                                     | 0,30** | 0,29** | 0,26** | 0,47** | 0,54** | 1                                             | 6.BDAÖ | 0,26** | 0,18** | 0,16** | 0,28** | 0,40** | 1 |

\*\* $p < 0,01$ .

ÜBA-SK: Sağlık Kaygısı Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Anketi toplam puan, DHİ: Düşüncelerin Hastalığa Neden Olabileceği İnanışı, YDİ: Yanlı Düşünme Hakkında İnanışlar, DKİ: Düşüncelerin Kontrol Edilemez Olduğu İnanışı, SAÖ-KF: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği- Kısa Form toplam puan, BDAÖ: Bedensel Duyuları Abartma Ölçeği toplam puan.

**Tablo 6.** ÜBA-SK Boyutlarının Sağlık Anksiyetesi Belirtilerine İlişkin MANOVA Sonuçları

| Bağımlı Değişkenler | Sağlık Anksiyetesi Belirtileri | n   | Ort.  | SS   | sd    | F     | p     | $\eta^2$ |
|---------------------|--------------------------------|-----|-------|------|-------|-------|-------|----------|
| DHİ                 | Düşük                          | 146 | 11,58 | 4,10 | 1,269 | 33,82 | 0,000 | 0,11     |
|                     | Yüksek                         | 125 | 14,30 | 3,55 |       |       |       |          |
| YDİ                 | Düşük                          | 146 | 6,49  | 1,92 | 1,269 | 21,26 | 0,000 | 0,07     |
|                     | Yüksek                         | 125 | 7,78  | 2,67 |       |       |       |          |
| DKİ                 | Düşük                          | 146 | 4,88  | 1,47 | 1,269 | 73,01 | 0,000 | 0,21     |
|                     | Yüksek                         | 125 | 6,78  | 2,16 |       |       |       |          |

DHİ: Düşüncelerin Hastalığa Neden Olabileceği İnanışı, YDİ: Yanlı Düşünme Hakkında İnanışlar, DKİ: Düşüncelerin Kontrol Edilemez Olduğu İnanışı.

**Artımsal Geçerlik:** Fiziksel bir hastalığa sahip grupta yürütülen hiyerarşik regresyon analizinde, ilk basamakta etkisi kontrol edilen nörotizm sağlık kaygısı belirtilerinin %17'sini açıklamıştır ( $\beta = 0,29$ ,  $R^2=0,17$ ,  $p<0,01$ ). İkinci basamakta ÜBA-SK alt boyutlarının girilmesiyle açıklanan varyans %32'ye yükselmiş ( $R^2=0,32$ ,  $p<0,01$ ) ve üstbilişsel inanışlardan DKİ boyutunun sağlık kaygısının anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmüştür ( $\beta=0,30$ ,  $p<0,01$ ). Fiziksel bir hastalığı olmayan grupta ise nörotizm sağlık kaygısı belirtilerini %12 düzeyinde açıklamış ( $\beta=0,23$ ,  $R^2=0,12$ ,  $p<0,01$ ), eşitliğe ikinci basamakta girilen üstbilişsel inanışlar ise açıklanan varyansa %18 düzeyinde anlamlı bir katkı daha sağlamıştır ( $R^2=0,30$ ,  $p<0,01$ ). Bu grupta, üstbilişsel inanışlardan DKİ ( $\beta=0,34$ ,  $p<0,01$ ), DHİ ( $\beta=0,11$ ,  $p<0,01$ ) ve YDİ ( $\beta=0,10$ ,  $p<0,01$ ) boyutlarının sağlık kaygısı belirtilerindeki artışı anlamlı olarak yordadığı bulunmuştur.

## TARTIŞMA

Bu araştırmanın amacı ÜBA-SK'yı Türkçeye uyarlamak ve fiziksel bir hastalığı olan ve olmayan toplum örneklemeleri üzerinde geçerlik ve güvenilirlik özelliklerini incelemektir. Türkçe ölçeğin yapı geçerliği ilk olarak açıcı faktör analizi ile incelenmiş ve diğer çalışmalara (Bailey ve Wells 2015a, Dai ve ark. 2018, Melli ve ark. 2017) benzer şekilde düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inanışı, yanlı düşünme hakkında inanışlar ve düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanışı olmak üzere üç faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Ancak Türkçe ÜBA-SK'daki 13. madde ("Sadece bir tanı aldığım zaman endişelenmeyi bırakabilirim") özgün çalışmada ait olduğu düşüncelerin kontrol edilmezliği boyutuna yüklenmemiştir. Bu madde içerik olarak incelendiğinde, fiziksel belirtilerin nedeni öğrenilmediği sürece belirtiler hakkında düşünmenin kontrol edilemeyeceği gibi dolaylı bir anlam taşıdığı görüldüğünden özgün faktörüne yüklenmemesi anlaşılır bulunmuş, mevcut veride yüklenmiş olduğu yanlı düşünme hakkındaki inanışlarla içerik olarak örtüşmediği düşünülmüş ve yüklendiği bu faktörün güvenilirliğine de bir katkı yapmadığı belirlenerek ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir. Diğer maddelerin ise, özgün ölçekteki maddelerin faktörlere dağılımıyla birebir uyduğu gözlenmiştir. Tüm örneklem üzerinden yapılan

doğrulamalı faktör analizi sonucunda da ÜBA-SK'nın faktör yapısının Türkiye örnekleminde korunduğu görülmektedir. Ölçek maddelerine ait betimsel veriler incelendiğinde ise katılımcıların yanlı düşünme hakkında inanışlar ve düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanışı boyutlarında yer alan ifadeler genel olarak katılmama eğiliminde oldukları gözlenmiş ve bu durumun bu iki boyutun güvenilirlik değerlerinin yüksek olmamasına yol açmış olabileceği düşünülmüştür.

Ölçme değişmezliği sonuçları ÜBA-SK'nın faktör yapısının, faktör yüklerinin, ölçek faktörlerinden alınan ortalamaların ve maddelerin ölçme hatalarının fiziksel bir hastalığı olan olmayan karma grup, fiziksel bir sağlık problemi olan grup ve fiziksel bir sağlık problemi olmayan gruplarda değişmediğini ve ÜBA-SK'nın bu gruplarda aynı özelliği ölçtüğünü göstermektedir. Böylece Sağlık Kaygısı Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Anketi'nin bu özelliklere sahip gruplar üzerinde kullanılabileceği ve elde edilen sonuçların bu gruplar arasında karşılaştırılabileceği anlaşılmaktadır. Ölçeğin sağlık kaygısı açısından homojen ve heterojen özellikler gösteren gruplar arasında benzer ölçümler alıyor olması, klinik ve klinik olmayan örneklem üzerinde yürütülecek çalışmalarda rahatlıkla kullanılabileceğine işaret etmektedir.

ÜBA-SK gerek tüm ölçek gerekse düşüncelerin hastalığa neden olabileceği ve yanlı düşünme hakkında inanışlar alt boyutları için iyi ve kabul edilebilir düzeyde güvenilirlik değerlerine sahiptir. Düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanışı boyutunun diğer boyutlara kıyasla daha düşük güvenilirliğe sahip olduğu gözlenmekle birlikte, bu boyut karma grupta ve fiziksel hastalığı olan grupta kabul edilebilir düzeyde bir güvenilirlik sergilemektedir. Bu bulgu ÜBA-SK'nın Çince (Dai ve ark. 2018) ve İtalyanca (Melli ve ark. 2017) uyarlama çalışmasında da düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanışı boyutunun güvenilirliğinin diğer boyutlara göre düşük ancak kabul edilebilir düzeyde bulunması ile tutarlıdır. Bu doğrultuda, kontrolle ilgili boyutun kültüre duyarlı bir özellikte olabileceği düşünülebilir. Bununla birlikte madde sayısı arttıkça güvenilirliğin de artacağı bilgisi (Kline 2011, Baştürk ve ark. 2013) doğrultusunda ele alındığında, ilgili boyutun madde sayısının az olması sahip olduğu güvenilirlik düzeyini açıklayıcı niteliktedir.

Ölçekte yer alan maddelerin ölçekten elde edilen toplam puanla ilişkileri her üç örnekleme de kabul edilebilir düzeyde olmakla birlikte, 3. madde (Sağlıklı olduğumu düşündüğüm için cezalandırılacağım) ve 11. maddenin (Sağlığım ile ilgili endişelenmek hastalıklarla baş etmeme yardımcı olur) tüm ölçekle ilişkisi görece düşük bulunmuştur. Bu iki maddenin de yanlı düşünme hakkında inanışlar boyutuna ait olduğu düşünüldüğünde, söz konusu inanışa ait bazı ifadelerin kültürel yapımıza uymamış olabileceği söylenebilir. Nitekim Dai ve arkadaşları (2018) üçüncü maddede geçen “cezalandırılmak” kelimesinin dini bir çağrışım yapabileceğini ileri sürmüştür. Bu açıklamanın bizim kültürümüz için de geçerli olabileceği öne sürülebilir. Bununla birlikte bu çalışmada odaklanılan sağlık kaygısı hafif düzeyden şiddetli düzeye doğru değişkenlik göstermekte olup, ölçeğin psikometrik özelliklerinin klinik örneklem üzerinde değerlendirilmesi durumunda, söz konusu maddelerin ölçekle uyumu daha yüksek bulunabilir. Bu güvenilirlik analizlerine ek olarak ölçeğin test tekrar test bulguları incelendiğinde, ilgili katsayıların Çin’de yapılan uyarlama çalışmasına (Dai ve ark. 2018) benzer olarak kabul edilebilir düzeyden iyi düzeye değiştiği görülmektedir. Bu sonuç ölçeğin zaman içerisinde tutarlı ölçümler sergileyebildiğine ve sağlık kaygısına dair üstbilişlerin süregelen bir yapı olduğu işaret etmektedir.

Genel olarak ÜBA-SK’nın güvenilirliği değerlendirildiğinde, Çin’de yapılan çalışmalarda (Dai ve ark. 2018, Dai ve ark. 2019, Carciofo 2019) ve mevcut araştırmada, Batı’da yapılan çalışmalara (Bailey ve Wells 2015a, Bailey ve Wells 2015b, Melli ve ark. 2017) kıyasla daha düşük, ancak yeterli düzeyde bulunduğu dikkat çekmektedir. Bu bulgu, ÜBA-SK’nın geliştirildiği ülke ile uyarlama çalışması yapılan ülkeler arasındaki dil ve kültürel farklılıkların, sağlık kaygısı hakkında üstbilişsel inanışları değerlendirmede etkili olabileceğini akla getirmektedir. Nitekim ÜBA-SK’nın kültürlerarası ölçme değişmezliğini değerlendiren bir çalışmada (Dai ve ark. 2019) biçimsel ve zayıf değişmezlik dışındaki ölçme değişmezliği biçimlerinin tam sağlanamaması bu yorumu destekler niteliktedir. Özetle mevcut çalışmadan elde edilen sonuç, kişilerin sağlık kaygısı hakkındaki üstbilişsel inanışlarının kültürel bağlamlarına göre şekillenebileceğine ve bu nedenle kültürlerarası karşılaştırmalarda elde edilen bulgular yorumlanırken ve genellenirken dikkatli olunması gerektiğine işaret etmektedir.

Herhangi bir fiziksel hastalığı olan ve olmayan iki grup üzerinde ölçeğin uyum ve artımsal; fiziksel hastalığı olmayan grup üzerinde ise ayırt edici geçerliği incelenmiştir. Uyum geçerliğine ilişkin yapılan analizler, üstbilişsel inanışlardaki artışın sağlık kaygısı belirtileri ve bedensel duyuları abartma eğilimindeki artışla her iki örnekleme de ilişkili olduğunu göstermektedir. Sağlık kaygısı ile ÜBA-SK arasında bulunan anlamlı ilişkiler, özgün çalışmada ve alanyazındaki diğer çalışmalarda (Bailey ve Wells 2013, Kaur ve ark. 2013, Melli ve ark. 2016) elde edilen sağlık kaygısı hakkında olumlu veya

olumsuz üstbilişsel inanışlara sahip olan kişilerin sağlıkları konusunda kaygı yaşamaya daha eğilimli olabileceği bulgusunu desteklemektedir. Ayrıca bedensel duyuları abartma eğilimi ile ÜBA-SK arasında bulunan anlamlı ilişkiler, üstbilişsel model ile tutarlı görünmektedir. Buna göre bireyler bedensel duyuları ile ilgili endişe duymanın yararlı olduğuna inandığı için bedensel belirtilerini abartıyor ve bu şekilde kendilerini güvende tutmayı sağlıyor olabilir. Benzer şekilde Kaur ve arkadaşları (2013) işlevsel olmayan üstbilişsel inanışlara sahip kişilerin, sağlıkları hakkında olumlu düşünmenin önemli belirtileri görmezden gelmelerine yol açtığına inanabileceklerini ileri sürmüşlerdir. Nitekim sağlık kaygısı bağlamında üstbilişsel inanışların dikkat yanlılığı üzerindeki rolünü inceledikleri çalışmada, işlevsel olmayan üstbilişsel inanışlara sahip katılımcıların güven verici geribildirimler almalarına rağmen sağlıkla ilgili olumsuz kelimelere daha fazla dikkat ettiklerini bulmuşlardır.

Ayırt edici geçerlik analizleri, ÜBA-SK’nın sağlık kaygısı belirtileri yüksek olan kişileri daha düşük olan kişilerden ayırt etme gücüne sahip olduğunu göstermiştir. Ölçeğin özgün çalışmasında ise ayırt edici geçerlik, ÜBA-SK’nın sağlık kaygısı ile ilişkisinin, nörotisizm ve sağlık kaygısı arasındaki ilişkiden anlamlı olarak daha yüksek bulunması ile desteklenmiştir. Ölçeğin artımsal geçerliğini incelemek amacıyla yapılan analizler, sağlık kaygısı ile yakından ilişkili olduğu ortaya konulan nörotisizm kontrol edildiğinde dahi, üstbilişsel inanışlardaki artışın sağlık kaygısı belirtilerindeki artışı anlamlı bir şekilde yordadığını göstermiştir. Bu çalışmada, herhangi bir fiziksel hastalığı olmayan grupta üç altboyutun, fiziksel hastalığı olan grupta ise yalnızca düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanışının sağlık kaygısı belirtilerini yordadığı sonucu dikkat çekicidir. Alanyazında düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanışının sağlık kaygısı belirtilerinin en güçlü yordayıcısı olduğunu ortaya koyan çalışmalar (Bailey ve Wells 2013, Bailey ve Wells 2015b, Bailey ve Wells 2016) göz önüne alındığında bu beklendik bir bulgudur. Öte yandan güvenilirliği en düşük boyut olması sebebiyle gelecek çalışmalarda bu boyutun sağlık kaygısı ile ilişkisi farklı örneklem grupları üzerinde tekrar incelenmelidir. Sonuç olarak tüm bulgular bir arada ele alındığında, ÜBA-SK’nın sağlık kaygısı belirtilerinin potansiyel olarak anlamlı bir yordayıcısı olabileceği söylenebilir. Elde edilen bulguların daha anlamlı hale gelebilmesi ve genellenebilmesi için yeni çalışmalara ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir.

ÜBA-SK’nın Türkçeye uyarlandığı bu çalışma birtakım sınırlılıklara sahiptir. İlk olarak bulgular klinik dışı, çoğunluğu kadın ve herhangi bir fiziksel hastalığa sahip olmayan kişiler üzerinden elde edilmiştir. Bununla birlikte fiziksel hastalığı olan ve olmayan grupların yaş ve cinsiyet değişkeni açısından farklılaştığı bulunmuştur. Sağlık kaygısının kadın ve erkek açısından yaygınlık oranlarının benzer bulunması (APA 2013) göz önünde alındığında cinsiyet farkının potansiyel bir

karıştırıcı etki yaratmadığı düşünülebilir. Bulguların genelleştirilmesini artırmak amacıyla gelecekte yapılacak çalışmalarda kliniklere başvuran, demografik özelliklerin eşit dağıldığı örneklem gruplarının kullanılması gerekmektedir. Çalışmanın bir diğer sınırlılığı veri toplama yöntemi ile ilgili olan özbeöz bildirim ölçeklerinin kullanılmış olmasıdır. Katılımcılar kişisel bilgi formundaki tanılarla ilgili yer alan sorulara gerçekte olandan farklı yanıt vermiş olabilirler. İlerleyen çalışmalarda bu değişkenlerin özbeöz bildirim ölçekleri yerine hastane ortamında tanı kalan kişilerden toplanan verilerle değerlendirilmesinin daha sağlıklı bilgiler sunabileceği düşünülmüştür. Öte yandan, genel olarak ölçeğin güvenilirliği yeterli bulunmuş olsa da düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanışının güvenilirliğinin düşük olduğu dikkat çekmekte ve bulguların bu boyut açısından dikkatli yorumlanması gerekmektedir. Bu sınırlılıklara karşılık çalışmanın bulguları, ÜBA-SK'nın ülkemizde yapılacak çalışmalarda geçerli ve güvenilir bir değerlendirme aracı olarak kullanılabileceğini göstermektedir. Bu çalışma aracılığıyla ülkemizde sağlık kaygısı ile ilgili yapılacak çalışmalarda kullanılabilecek bir ölçme aracının dilimize kazandırıldığı ve sağlık kaygısı konusunda yürütülecek üstbiliş odaklı çalışmalara zemin hazırlandığı düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

- Abramowitz JS, Olatunji BO, Deacon BJ (2007) Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behav Ther* 38: 86-94.
- Alberts NM, Hadjistavropoulos HD (2014) Parental illness, attachment dimensions, and health beliefs: testing the cognitive-behavioural and interpersonal models of health anxiety. *Anxiety, Stress, & Coping* 27: 216-28.
- American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5. baskı). Washington, DC: Author.
- Aydemir Ö, Kırkpınar İ, Satı T ve ark. (2013) Sağlık anksiyetesi ölçeği'nin türkçe için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Noro Psikiyatr Ars* 50: 325-31.
- Bailey R, Wells A (2013) Does metacognition make a unique contribution to health anxiety in addition to neuroticism, illness cognition and somatosensory amplification? *J Cogn Psychother* 27: 327-37.
- Bailey R, Wells A (2015a) Development and initial validation of a measure of metacognitive beliefs in health anxiety: The MCQ-HA. *Psychiatry Res* 230: 871-7.
- Bailey R, Wells A (2015b) The contribution of metacognitive beliefs and dysfunctional illness beliefs in predicting health anxiety: An evaluation of the metacognitive versus the cognitive models. *Clinical Psychologist* 20: 1-9.
- Bailey R, Wells A (2016) Is metacognition a causal moderator of the relationship between catastrophic misinterpretation and health anxiety? A prospective study. *Behav Res Ther* 78: 43-50.
- Barsky AJ (1992) Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics* 33: 28-34.
- Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL (1990) The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. *J Psychiatr Res* 24: 323-34.
- Baştürk S, Dönmez G, Dicle AN (2013) Geçerlik ve güvenilirlik. S. Baştürk (Ed.) Bilimsel Araştırma Yöntemleri Ankara: Vize Yayıncılık.
- Brislin RW (1970) Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross Cultural Psychology* 1: 185-216.
- Buwalda FM, Buouman TK, van Duijn MAJ (2008) The effect of a psychoeducational course on hypochondriacal metacognition. *Cognit Ther Res* 32: 689-701.
- Byrne BM (2010) Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming (2. baskı). Routledge: Taylor & Francis Group.
- Carciofo R (2019) Morningness-eveningness and affect: the mediating roles of sleep quality and metacognitive beliefs. *Sleep and Biological Rhythms* 1-10.
- Cohen J (1988) Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2. baskı). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Cox BJ, Borger SC, Asmundson GJG ve ark. (2000) Dimensions of hypochondriasis and the five-factor model of personality. *Pers Individ Dif* 29: 99-108.
- Dai L, Bailey R, Deng Y (2018) The reliability and validity of the chinese version of the metacognitions about health questionnaire in college students. *Qual Life Res* 27: 1099-108.
- Dai L, Zhou Y, Yin M ve ark. (2019) Preliminary examination of the measurement invariance of the metacognition about health questionnaire. A study on Chinese and British nursing students. *Current Psychology* 1-7.
- Ferguson E (2004) Personality as a predictor of hypochondriacal concerns: results from two longitudinal studies. *J Psychosom Res* 56: 307-12.
- Ferguson E (2009) A taxometric analysis of health anxiety. *Psychol Med* 39: 277-85.
- Francis LJ, Brown LB, Philipchalk R (1992) The development of an abbreviated form of the Revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-A): its use among students in England, Canada, the USA and Australia. *Pers Individ Dif* 13: 443-9.
- Fulton JJ, Marcus DK, Merkey T (2011) Irrational health beliefs and health anxiety. *J Clin Psychol* 67: 527-38.
- Hadjistavropoulos HD, Janzen JA, Kehler MD ve ark. (2012) Core Cognitions Related to health anxiety in self-reported medical and non-medical samples. *J Behav Med* 35: 167-78.
- Güleç H, Sayar K, Güleç MY (2007) Bedensel duyumları abartma ölçeği türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği düşünen adam. *Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 20: 16-24.
- Hair JF, Black WC, Babin BJ ve ark. (2010) Multivariate Data Analysis: A Global Perspective. (7. Baskı). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Tosun A, Irak M (2008) Üstbiliş ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliği, Güvenirliği, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Derg* 19: 67-80.
- Karancı N, Dirik G, Yorulmaz O (2007) Eysenck kişilik anketi-gözden geçirilmiş kısaltılmış formu'nun (EKA-GGK) türkiyede geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 18: 254-61.
- Kaur A, Butow P, Thewes B (2011) Do metacognitions predict attentional bias in health anxiety? *Cognit Ther Res* 35: 575-80.
- Kline P (1986) A Handbook Of Test Construction: Introduction To Psychometric Design. New York, Methuen.
- Kline RB (2011) Principles and Practice Of Structural Equation Modeling (3. baskı) New York: Guilford Press.
- Kotov R, Watson D, Robles JP ve ark. (2007) Personality traits and anxiety symptoms: the multilevel trait predictor model. *Behav Res Ther* 45: 1485-503.
- Marcus DK, Church SE (2003) Are dysfunctional beliefs about illness unique to hypochondriasis? *J Psychosom Res* 54: 543-7.
- Melli G, Bailey R, Carraresi C ve ark. (2017) Metacognitive beliefs as a predictor of health anxiety in a self-reporting Italian clinical sample. *Clin Psychol Psychother* 1-9.
- Melli G, Carraresi C, Poli A ve ark. (2016) The role of metacognitive beliefs in health anxiety. *Pers Individ Dif* 89: 80-5.
- Noyes R, Watson DB, Letuchy EM ve ark. (2005) Relationship between hypochondriacal concerns and personality dimensions and traits in a military population. *J Nerv Ment* 193: 110-8.
- Pilowsky I (1967) Dimensions of hypochondriasis. *Br J Psychiatry* 113: 89-93.
- Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick H ve ark. (2002) The health anxiety inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine: Psychol Med* 32: 843-53.

- Tang NKY, Salkovskis PM, Poplavskaya E ve ark. (2007) Increased use of safety-seeking behaviors in chronic back pain patients with high health anxiety. *Behav Res Ther* 45: 2821–35.
- Taylor S (2004) Understanding and treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach. *Cognitive Behavioral Practice* 1: 112-23.
- Tabachnick BG, Fidell LS (2007) *Using Multivariate Statistics*. (5. baskı). Boston: Allyn and Bacon.
- Warwick HMC, Salkovskis PM (1990) Hypochondriasis. *Behav Res Ther* 28: 105-17.
- Weinstock LM, Whisman MA (2006) Neuroticism as a common feature of the depressive and anxiety disorders : a test of the revised integrative hierarchical model in a national sample. *J Abnorm Psychol* 115: 68–74.
- Wells A (2000) *Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells A (2005) Detached mindfulness in cognitive therapy: a metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy* 23: 337-55.
- Wells A (2009) *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- Wells A, Cartwright-Hatton S (2004) A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther* 42: 385–96.
- Yılmaz A E, Gençöz T, Wells A (2008) Psychometric characteristics of the penn state worry questionnaire and metacognitions questionnaire-30 and metacognitive predictors of worry and obsessive– compulsive symptoms in a turkish sample. *Clin Psychol Psychother* 15: 424-39.
- Yılmaz Ö, Dirik G (2018) Sağlık bilişleri anketi (SBA)’nin Türkçe versiyonunun psikometrik özelliklerinin incelenmesi. *Nesne Psikoloji Dergisi* 6: 337-66.



# Çocuk ve Ergenlerde Borderline Kişilik Özelliklerinin Gelişiminde Etiyopatogenez



Onat YETİM<sup>1</sup>, Özhan YALÇIN<sup>2</sup>

## ÖZET

Ergenlerde borderline kişilik bozukluğu (BKB) özelliklerinin geçerliliği ve klinik önemi giderek daha fazla kabul edilmektedir. Ergenlik dönemindeki BKB özelliklerinin sürekliliğinin yüksek olduğu ve olumsuz kişilerarası, akademik, mesleki ve finansal sonuçlarla ilişkili olduğu belirtilmektedir. Alan yazınında çocuk ve ergenlerde gözlenen BKB özellikleri psikodinamik kuramlar, gelişimsel modeller ve evrimsel yaklaşımla ele alınmaktadır. BKB etyopatogenezine yönelik çalışmalarda duygu düzenleme güçlüğü, kişilerarası işlevsellik bozukluğu, dürtüsellik ve kendine zarar verme davranışı, olumsuz yaşam olayları, mizaç özellikleri, nöropsikolojik işlev bozuklukları, nöroanatomik, genetik, hormonal ve immunolojik faktörler yer almaktadır. Bu gözden geçirmede BKB gelişimine yönelik ilgili yaklaşımlar ve faktörlerin ele alınması amaçlanmıştır. Bu yazıda, PubMed veri tabanında 1968-2021 yılları arasında yayınlanan makaleler gözden geçirilmiş, konuyla ilgili alan yazınında öne çıkan araştırmalar değerlendirme kapsamına alınmıştır. Çalışmada, BKB gelişimine yönelik psikodinamik ve gelişimsel yaklaşımlarda değersizleştirici çevre, epistemik donma ve hipermentalizasyon, kompleks veya bağlanma travmasının önemi vurgulanmaktadır. Evrimsel yaklaşımda ise belirtilerinin ergenlik döneminde ortaya çıkmasının nedeni olarak romantik ilişkilerin, üremenin başlaması vurgulanmakta ve BKB'nin hızlı yaşam öyküsü stratejisi ile ilişkili olduğu savunulmaktadır. BKB özellikleri bulunan ergenlerde sağlıklı kontrollere göre yukarıdan aşağıya duygusal işlemlerde görev alan orbitofrontal korteks ve anterior singulat kortekste hacim azalması; aşağıdan yukarı duygusal işlemlerde yer alan talamus ve hipokampus bölgesinde aktivasyon artışı gözlemlendiği belirtilmektedir. BKB özellikleri bulunan ergenlerde gözlenen superior temporal girus ve prekuneustaki aktivasyon artışının hipermentalizasyonun nöral bir göstergesi, insuladaki aktivasyon artışının ise sosyal ağrının nöral bir göstergesi olduğu düşünülmektedir. BKB belirtileri bulunan ergenlerde gözlenen dinlenme durumunda kalp atım hızı azalması ve kalp atım hızı değişkenliği artışının parasempatik sistem aktivasyonu ile ilişkili olduğu belirtilmektedir.

Ergenlerde BKB tanı, ayırıcı tanı ve tedavi açısından klinisyenleri zorlayan bir bozukluktur. BKB'de etyopatogenez ile ilgili faktörlerin çok yönlü ve ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi önem arz etmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Borderline Kişilik Bozukluğu, Duygu Düzenleme Güçlüğü, Mentalizasyon, Travma, Kendine Zarar Verme Davranışı, Mizaç Özellikleri

## ABSTRACT

### Etiopathogenesis in the Development of Borderline Personality Characteristics in Children and Adolescents

The validity and clinical significance of the characteristics of borderline personality disorder (BPD) in adolescents are increasingly being recognized. The persistence of BPD characteristics in adolescence is high and is associated with negative interpersonal, academic, professional, and financial outcomes. In the literature, BPD characteristics observed in children and adolescents are explained with psychodynamic theories, developmental models, and evolutionary approaches. Emotional dysregulation, interpersonal dysfunction, impulsivity, and self-harming behavior, negative life events, temperament characteristics, neuropsychological dysfunctions, neuroanatomical, genetic, hormonal, and immunological factors may play a role in BPD etiopathogenesis. This review aims to address different approaches and relevant factors for the development of BPD. The articles published between 1968-2021 in the PubMed database were reviewed, and prominent studies were selected for evaluation. The importance of invalidating environment, epistemic freezing and hypermentalization, complex or attachment trauma is emphasized in psychodynamic and developmental literature. In the evolutionary approach, on the other hand, romantic relationships and the onset of reproduction are emphasized as the reason for the emergence of symptoms during adolescence, and it is argued that BPD is related to the rapid life history strategy. It is stated that a decrease in volume in the orbitofrontal cortex and anterior cingulate cortex, which are involved in top-down emotional processing, and an increase in the activity of thalamus and hippocampus regions, which are involved in bottom-up emotional processing are observed in adolescents with BPD characteristics when compared to healthy controls. It is thought that the increase in activation in the superior temporal gyrus and precuneus observed in adolescents with BPD features is a neural indicator of hypermentalization, and the increase in activation in the insula is a neural indicator of social pain. It has been reported that the decrease in resting heart rate and the increase in heart rate variability observed in adolescents with BPD symptoms are associated with the activation of the parasympathetic system. BPD in adolescents is a disorder that challenges clinicians in terms of diagnosis, differential diagnosis, and treatment. It is crucial to evaluate the factors related to etiopathogenesis in BPD in a multifaceted and detailed manner.

**Keywords:** Borderline Personality Disorder, Difficulty in Emotion Regulation, Mentalization, Trauma, Self-harming Behavior, Temperamental Characteristics

**Geliş Tarihi:** 22.08.2021, **Kabul Tarihi:** 25.04.2022, **Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 12.10.2023

<sup>1</sup>Uzm., Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Bl., Gaziantep, <sup>2</sup>Doç., Serbest, Çocuk ve Ergen Psikiyatristi, Antalya.

**Dr. Onat Yetim, e-posta:** onatyetim@gmail.com

## GİRİŞ

Borderline kişilik bozukluğu (BKB), yapılan toplum temelli çalışmalarda yetişkinlerde %0,7 ila %1,8 arasında değişen oranlarda gözlenen yaygın bir ruhsal bozukluk olduğu belirlenmektedir (Lieb ve ark. 2004, Winsper ve ark. 2020). Ergenlerde BKB özelliklerinin geçerliliği ve klinik önemi giderek daha fazla kabul edilmektedir (Sharp ve Fonagy 2015, Winsper ve ark. 2016). Ergenlerin yaklaşık %1 ila %4 'ü BKB tanı ölçütlerini karşılamaktadır (Kaess ve ark. 2014). Ergenlik döneminde özellikle klinik örneklemelerde kızlarda daha yüksek oranda gözlenmektedir (Grilo ve ark. 1996, Sharp ve ark. 2018). BKB için prodromal özellikler ve BKB özellikleri erken ergenlik döneminde ortaya çıkmakta ve genç yetişkinlik döneminden sonra görülme sıklığı kademeli olarak düşmektedir. Bu nedenle BKB'nin nörogelişimsel yanları olan bir bozukluk olduğu düşünülmektedir (Chanen ve Kaess 2012, Chanen ve ark. 2014, Kaess ve ark. 2014, Sharp ve ark. 2018).

Yetişkinlerde ve ergenlerde yapılan çalışmalar, BKB'nin tanımlayıcı özelliklerinin en iyi şekilde; duygu düzenleme güçlüğü, afektif instabilite, kişilerarası işlevsellik bozukluğu, duygusal interosepsiyon - duyum sorunları, aşırı reaktif emosyonel aktivite, bağlanma sorunları, terk edilmeye-red edilmeye aşırı duyarlılık, eyleme vurma, kendine zarar verme davranışı (KZVD), intihar girişimleri ve tehditleri, süregelen anksiyete, karar verme-seçim yapmada bozukluklar, psikotik ve disosiyatif tepkilere yatkınlık, kimlik ve kendilik sorunları, cinsellikle ilgili sorunlar, agresyon ve dürtüsellik içeren bir fenotip ile karakterize edildiğini göstermektedir (Gunderson 2007, McCloskey ve ark. 2009).

BKB tanısının ergenlik döneminde konulmasının yararlarını destekleyen güçlü kanıtlara rağmen (Zanarini ve ark. 2018), damgalama (stigmatizasyon) endişesi hala klinik uygulamada erken tanı için engel oluşturmaktadır (Chanen ve ark. 2008a, Griffiths 2011, Kaess ve ark. 2014, Laurensen ve ark. 2013). Ergenlik döneminde BKB tanısı konulmasına yönelik tartışmalar arasında ergenlik döneminin gelişimsel özellikleri ve tanı sürekliliği sorunları da yer almaktadır (Laurensen ve ark. 2013). Ancak tanı konulmaması, BKB özellikleri bulunan ergenlerin yanlış tanı almaları (Paris 2013) ve erken müdahale fırsatlarının kaçırılması risklerini de beraberinde getirmektedir. Ayrıca "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM-5) 18 yaş altı için kişilik bozukluğu tanısını koymayı kolaylaştırmıştır (Newton-Howes ve ark. 2015). Yapılan çalışmalar BKB özellikleri bulunan ergenler için "belirtilerin zamanla devam ettiği"; "belirtilerin zamanla sönüğü" ve "diğer psikiyatrik bozuklukların geliştiği" üç farklı yörüngeyi önermektedir (Winsper ve ark. 2015b). Ergenlik döneminde BKB'nin tanısallık sürekliliğinin yetişkinlik dönemiyle benzer olduğu ve ergenlerin önemli bir bölümünde 20 yıl sonra bile BKB belirtilerinin görülmeye devam ettiği belirtilmektedir (Winsper ve ark. 2015a, 2015b). Yapılan 10

yıl süreli bir ikiz izlem çalışmasında BKB özellikleri bulunan gençler 14, 17, 20 ve 24 yaşlarında 4 kez değerlendirilmiştir ve bu çalışmada 0,53-0,73 tanı sürekliliği (rank order stability) saptanmıştır (Bornova ve ark. 2009). Yetişkin örneklemelerinde olduğu gibi, ergenlerin kişilik bozukluğu özelliklerinin de zaman içinde orta derecede süreklilik gösterdiği belirtilmektedir (Sharp ve ark. 2018).

Bu çalışmanın amacı, çocuklarda ve ergenlerde giderek önemi belirginleşen borderline kişilik bozukluğu özellikleri ile ilişkili karakteristiklerin açıklanmasına yönelik kuramsal yaklaşımların ve ampirik bulguların gözden geçirilmesidir. Bu amaçla 1968-2021 yılları arasında PubMed indeksinde borderline kişilik bozukluğu ile ilişkili yapılan çalışmalar taranmıştır. Bu taramada öncelik çocuk ve ergenlere yönelik çalışmalar olmuştur.

## Psikodinamik Kuramlar

Ergenliğin temel gelişimsel görevinin, özerk ve kendine yön verebilen bir benliğin varlığıyla birlikte "içsel ve kişilerarası süreklilik" ile tanımlanabilen "tutarlı bir kimlik duygusu"nun ortaya çıkması olduğu belirtilmektedir (Erikson 1968, McAdams ve Olson 2010). Bu kimlik ve benlik duygusunun oluşum süreci bazı ergenlerde tutarsızlık ve karmaşa ile karakterizedir ki bu durumda da kişilik bozukluğu belirtileri ortaya çıkabilir (Gunderson ve ark. 2018).

Kernberg'in (1984) modeli güncel gelişimsel modeller ile ortak özellikler taşımaktadır. Ayrıca belirtilerin şiddeti düşünüldüğünde BKB, içselleştirme / dışsallaştırma bozuklukları ile psikotik bozukluklar arasında yer almaktadır. Kernberg (1976), BKB'nin ayırıcı özelliğinin nesne temsillerinde bütünleşme eksikliği olduğunu savunmaktadır. Borderline kişilik örgütlenmesinde hastalar duygu düzenleme amacıyla bölme gibi ilkel ve maladaptif savunma mekanizmalarını kullanırlar ve böylelikle bütüncül nesne temsillerini oluşturamazlar. Kernberg (1976), bölme savunma mekanizmasının, bakım verenle ilişkisel çatışmadan kaçınma ile oluştuğunu savunur.

Kendilik psikolojisinin kurucusu Kohut (1977) ise bakım verenin yetersizliğine daha fazla odaklanmıştır. Kohut'un "kendiliğin restorasyonu" tanımında, kendilik duygusunun gelişiminde bireyin temel olarak başkalarına (kendilik nesnelere) güvenerek "öz-değer", "öz-tutarlılık" ve "öz-süreklilik" duygularını geliştirdiği belirtilmektedir. Ancak bakım verenler bebeklerine aynalama tepkisi yerine öfke veya korkuyla karşılık verdiklerinde ise çocuklar yabancı bir kendiliği içselleştirmektedirler- "Sahte Kendilik" (Fonagy ve Luyten 2009). Bakım verenin aynalama ile aktardığı duygular bütünleşmiş bir kendiliğin oluşumunda önemli bir rol oynamaktadır.

Erikson (1986) kimlik gelişimi sürecinde iki dinamik ögenin ("kimlik sentezi" ve "kimlik karmaşası") karşılıklı etkileşimine dikkat çekmektedir. Kimlik karmaşasında kimlik sentezinin

aksine, tutarlı ve işlevsel bir kendilik duygusu oluşmamakta ve kimlikle ilgili farklı özellikler tutarlı bir bütün haline getirilememektedir. BKB özellikleri bulunan gençlerde kendilik ile ilgili yaygın olarak kabul gören zemin “kimlik karmaşası”dır (Kernberg 1983, Westen ve Cohen 1993). Kimlik genellikle insanların otobiyografik geçmişlerini ve hayal ettikleri geleceği tutarlı bir şekilde bütünleştirme becerilerinin göstergesi olan öz-anlatılar ile değerlendirilmektedir (McAdams ve Mclean 2013). Ergenlik döneminde gelişen nedensel ve tematik tutarlılık becerileri yaşamdaki olayların bağlantılandırılma ve bütünleştirilmesine yol açarak öz-anlatılara olanak sağlamaktadır (Bluck ve Habermas 2001). “Kimlik karmaşası” ve BKB özellikleri gözlenen ergenlerde ise öz-anlatılarda tutarsızlıklar, terk edilme korkuları ve güvensizlik temaları gözlenmektedir (Lind ve ark. 2019).

Sonuç olarak psikodinamik kuramlar çerçevesinde ergenlerde BKB gelişiminde kendilik ve kimlik sorunlarının önemi açığa çıkmaktadır. Bu sorunlar arasında “bütüncül nesne temsillerinin oluşumu”, “kendilik duygusunun ve bütünlüğünün gelişimi”, “bakım verenin kendiliğe olan olumsuz etkileri”, “kimlik karmaşası” öne çıkmaktadır.

### **Mizaç Özellikleri ve İlişkili Nörobiyolojik Faktörler**

Kalıtıl biyolojik temelli farklılıklar, bireylerin duygusal ve davranışsal tepki eğilimlerine, kısaca mizaca katkıda bulunmaktadır (Bates ve ark. 2014, Davidson ve ark. 2000). Çevresel risklere maruz kalındığında ise bu tepki eğilimleri psikopatoloji belirtilerine dönüşebilmektedir (Kagan 2013). 1116 çocuk ile yapılan bir ikiz izlem çalışmasında, 5 yaşındaki düşük öz kontrol ve yüksek dürtüsellik düzeylerinin, 12 yaşındaki BKB özelliklerinin öngörücüleri olduğu tespit edilmiştir (Belsky ve ark. 2012). Yüksek dürtüsellik süreklilik gösteren çocuklar, genellikle potansiyel olumsuz sonuçları uygun şekilde dikkate almadan ödüllendirici uyarıcılara tepkisel, hızlı, kontrolsüz bir yaklaşma davranışı sergilemektedirler (Eisenberg ve ark. 2010, Martel 2013). Yapılan çalışmalarda BKB gelişiminde süreklilik arz eden dürtüsellik gibi mizaç özellikleri ile ebeveynlerin kötü muamelesi gibi çevresel risklerin etkileşimi ön plana çıkmaktadır (Sharp ve ark. 2015). Zor bir mizaca sahip çocukların, kendilerinin de dürtüsel ve sosyal uyarılara aşırı duyarlı olan bağlanma figürleri tarafından terk edilme, ihmal edilme veya istismara uğrama olasılıkları daha yüksektir (Crawford ve ark. 2009; Lyons-Ruth ve Jacobvitz 2008).

2282 çocuk ve ergen ile yapılan bir izlem çalışmasında mizaç özelliklerinden yüksek olumsuz duygulanım, utangaçlık ve dürtüsellik düzeylerinin BKB gelişimini öngördüğü saptanmıştır (Stepp ve ark. 2014a). Çocuklarda süreklilik gösteren dürtüsellik mizaç özelliği kişilik özelliklerinden “düşük sorumluluk-uyumluluk düzeyi” ile; utangaçlık ve olumsuz duygulanım mizaç özellikleri ise “yüksek nevrozizm düzeyi” ile ilişkilendirilmektedir (Sharp ve ark. 2015). BKB tanısı olan yetişkinler ile yapılan çalışmalarda “beş faktörlü

kişilik” özelliklerinden “yüksek düzeyde nevrozizm” ile “düşük düzeyde uyumluluk ve sorumluluğun” birlikteliğine rastlanılmaktadır (Trull ve ark. 2003). Ergenlerde BKB özellikleri ile “disinhibisyon” ve “antagonizm” mizaç boyutları arasında anlamlı ilişkilerin bulunduğu belirtilmektedir (Jovev ve ark. 2013). Ergenlerde disinhibisyon da dürtüsellik gibi “düşük sorumluluk düzeyi” ile; antagonizm ise “düşük uyumluluk düzeyi” ile ilişkilendirilmektedir. Beş faktörlü kişilik özelliklerinden BKB’de bildirilen “sorumluluk düzeyi düşüklüğü” sabırsız, organize olmakta zorluk yaşayan, dürtüsel bireyleri; “uyumluluk düzeyi düşüklüğü” ise kişilerarası ilişkilerde güvensiz, faydacı-makyevelist veya merhametsiz bireyleri tanımlamaktadır (Stepp ve ark. 2014a). Dürtüsellik ve kaygı gibi mizaç özellikleri beyinde iki temel motivasyonel sistemin çalışmasındaki bireysel farklılıklar ile ilişkilendirilmektedir. “Davranışsal aktivasyon sistemi” (DAS) ve “davranışsal inhibisyon sistemi” (DİS) olarak adlandırılan bu sistemler çevresel uyarılara yaklaşma ve kaçınma davranışlarını düzenlemektedir (Barros-Loscertales ve ark. 2010, Fowles 1980). DİS, amigdala ve septohippokampal sistemi içeren nöral yapılar tarafından desteklenmekte ve temel olarak serotonerjik (5-HT) yollar ile uyarılmaktadır. Bu sistemin tehdit altında yaklaşma davranışlarını engellediği ve kaygılı mizaç özelliğine aracılık ettiği düşünülmektedir (McNaughton ve Corr 2004). Çocukluk döneminde kaygılı mizaç özelliklerinin ise, depresyon ve anksiyete bozukluğu ile bağlantılı olarak ergenlik döneminde kendine zarar verme davranışı ve BKB’ye yönelik içselleştirici bir yörüngeyi yansıtabileceği belirtilmektedir (Beauchaine 2015, Neuhaus ve Beauchaine 2013). DAS ise ventral tegmental alan, nükleus akumbens ve ventral striatumu içeren mezolimbik dopamin sistemi tarafından desteklenmektedir. Hipodopaminerjik durum ve düşük düzey DAS aktivasyonunun dürtüsel ve irritabl mizaç özellikleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Laakso ve ark. 2003, Sagvolden, ve ark. 2005). BKB’deki heterotipik komorbiditenin hipodopaminerjik durum ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Beauchaine 2012). Yapılan bir çalışmada mizaç boyutlarından zarardan kaçınma ve yenilik arayışının yüksek, ödül bağımlılığının ise düşük olmasının BKB gelişmesi açısından biyolojik bir incinebilirliği yansıttığı öne sürülmüştür (Kaess ve ark. 2013). Zarardan kaçınmanın serotonerjik (DİS), yenilik arayışının ise dopaminerjik (DAS) sistem ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Cloninger ve ark. 1993).

Sonuç olarak çocuk ve ergenlerde bazı mizaç özelliklerinin BKB’de öne çıktığı gözlenmektedir. Bunlar arasında yüksek dürtüsellik, yüksek nevrozizm, disinhibisyon ve antagonizm araştırmalarda vurgulanan genel özelliklerdir.

### **Ebeveyn Tutumları ve BKB Özellikleri**

Çocuk ve ergenlerin ilişki kurduğu bireyler, çocuklardaki olumsuz duygulanımın perçinlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Kurulan bu ilişkiler çocuğun duygusal

ihtiyaçlarının göz ardı edildiği veya reddedildiği duygusal değersizleştirme ile karakterizedir (Crowell ve ark. 2009, Linehan 1993a). Linehan, BKB özelliklerin gelişiminde, bebegin duygusal deneyimlerinin bakım veren tarafından onaylanmadığı ve desteklenmediği “değersizleştirici çevre”nin (invalidating environment) etkisini vurgulamaktadır (Linehan 1993a). Değersizleştirici çevre, ebeveynlerin zorlayıcı, örseleyici davranışları ve süregelen çatışmalar olumsuz pekiştirme süreçleri ile incinebilir gençlerdeki duygu düzenleme güçlüğü'nün sürekliliğine katkıda bulunmaktadır (Beauchaine ve ark. 2019, Crowell ve ark. 2009). Aile ortamındaki olumsuzluklar ve uyumsuz ebeveyn davranışları, 11 yaşındaki çocuklardaki BKB özelliklerini öngörmektedir (Winsper ve ark. 2012). Yapılan toplum temelli izlem çalışmalarında, maternal BKB tanısının ergenlerdeki BKB özelliklerini öngördüğü saptanmıştır (Barnow ve ark. 2013, Reinelt ve ark. 2014, Zalewski ve ark. 2014). BKB belirtilerinin anneden ergene geçişine; çocuğun reddedilmesi veya ebeveynin aşırı korumacı tutumları, annenin çocuğu önemsememe ve çocuğa yapışma arası gidip gelmesi, ayrılma-bireyselleşmenin anne tarafından tehdit olarak algılanması, ayrılma-bireyselleşmeye izin verilmemesi/cezalandırılması/duygu sömürüsü yapılması (ayrılma-bireyselleşme patolojilerinin nesiller arası aktarımı), gelişimsel normal zorlukların kişiselleştirilmesi gibi olumsuz anne-çocuk etkileşimleri aracılık etmektedir. Bu annelerin kendi anneleriyle de travmatik ayrılma bireyselleşme süreçleri yaşamış olmaları olasıdır (Reinelt ve ark. 2014). Bununla birlikte, ebeveynlerin çocuklara olumsuz tutumları, doğası gereği karşılıklıdır. (El-Sheikh ve Erath 2011). Zor mizaç özellikleri olan çocukların gelişimi ve ebeveyn tutumları ile ilgili yapılan çalışmalarda, zor mizacın olumsuz ebeveyn tutumlarını pekiştirici bir etkisi olduğu ve bu çocukların bakım verenlere ve çevreye yönelik duyarlılıkların yüksek olduğu bulunmuştur (Boyce ve Ellis 2005, Burt ve ark. 2005). Karşılıklı olumsuz ve tutarsız davranışların çatışmayı geçici olarak sona erdirmede etkili olabileceği düşünülmektedir (Crowell ve ark. 2014a). Ancak zamanla perçinlenen bu davranışlar kişilerarası sorunlara, duygu düzenleme güçlüklerine ve psikopatolojilerin gelişimine katkıda bulunmaktadır.

### **BKB’de Biliş ve Nöropsikolojik Bulgular**

BKB tanılı bireyler diğerleri ve kendisi hakkında daha olumsuz tutumlar, daha fazla kişilerarası ilişkilerde kendini ve diğerlerini suçlama ve alınganlık gösterme, etrafı daha düşmanca algılama, uyuma yönelik olmayan düzenleme stratejileri kullanılmaktadırlar. Bu bulgular duygu düzenleme güçlüğü ve genel bir tutum olarak dürtüsellik ile ilişkilidir. Nöropsikolojik çalışmalara göre BKB tanılı bireylerde bozukluk bildirilen bilişsel işlevler arasında; bilişsel esneklik, kurulumu değiştirme, dikkati kaydırma, karar verme/seçim yapma, sürdürücü ve seçici dikkat, problem çözme, kendini baskılama/inhibisyon becerileri, planlama, strateji geliştirme,

işleyen bellek yer almaktadır (Massó Rodriguez ve ark. 2021). Bu nöropsikolojik bozulmalar düşük stresle baş etme becerileri, ruminatif düşüncelere yatkınlık, dürtüsellik, zayıf duygu düzenleme becerileri ile ilişkilendirilmektedir.

### **BKB’de Sosyal Biliş, Mentalizasyon ve Nörobiyolojisi**

Mentalizasyon başkalarının zihinsel durumlarını (örneğin duygular, niyetler, tutumlar ve hedefler) anlayabilme becerisi olarak tanımlanmaktadır (Han ve Northoff 2009, Northoff ve ark. 2006). Ergenlerde bağlanma stili ile BKB özellikleri arasındaki ilişkiye hipermentalizasyon aracılık etmektedir (Sharp ve ark. 2016). “Hipermentalizasyon”, diğer insanların zihinsel durumları hakkında gözlemlenebilir verilerin ötesine geçen varsayımlar yapmayı içeren sosyal-bilişsel bir süreçtir (Sharp 2014). Bu nedenle zihinsel durumların aşırı yüklenmesi ve bunların yanlış yorumlanmasını içermektedir. Erken başlayan, tekrarlı, kronik yani birikimli travma, çocuğun sürekli tetikte olmasına ve gelişimsel süreç içerisinde hipermentalizasyona neden olmaktadır. BKB tanılı bireylerin özellikle kişilerarası ilişkilerde süreklilik ve tutarlılığı sağlamada ciddi sorunlar yaşamasında hipermentalizasyonun önemli bir etkisi bulunmaktadır. “Epistemik donma” (freezing) ise, mevcut bilgi yapılarını yanlış veya yanıltıcı olsalar bile savunma eğilimini ifade etmektedir (Fiske ve Taylor 1991). Aynı zamanda “bilişsel kapanma” olarak da adlandırılan bu tür bir savunma stratejisi, özellikle travmatize edici bir çevrede (yani birikimli travma açısından yüksek riskli çevre) büyüyen bireylerde gözlenmektedir. Güncel psikodinamik yaklaşımlar örneğin Fonagy ve arkadaşlarının (2017) psikodinamik, sosyal odaklı BKB modeli, “epistemik donma” ve “mentalizasyonu” erken gelişen BKB özelliklerinin merkezine yerleştirmektedir. Kendiliğin gelişimi, yansıtıcı işleyiş (reflective functioning) veya mentalizasyon kapasitesi ile yakından ilişkilidir.

Zihin teorisi becerileri, çocukluk döneminde doğru bir şekilde empati kurma ve ergenlik döneminde soyut, sembolik bir sosyal düşünme için gereklidir (Baron-Cohen ve ark. 2008, Frith 2007). Çocukluk döneminde frontotemporoparietal bölgelerin ve ayna nöronların aktivasyonu başkalarının duygu ve davranışlarının anlaşılmasını desteklemektedir (Satpute ve Lieberman 2006). Çocuk ile bakım veren arasındaki ilişkide sosyal olarak duyarlı ve tutarlı ebeveyn tutumları, çocukların sosyal işleme kapasitesinin yüksek olmasını sağlamaktadır (Bornstein ve Bornstein 2007). Erken çocukluk döneminde bu olumlu deneyimler tarafından desteklenen nöral gelişim, güvenli bağlanma ve sağlıklı sosyal iletişim davranışlarına zemin hazırlamaktadır (Malenka ve Siegelbaum 2001). Erken çocukluk döneminde bakım veren ile kurulan ilişkideki olumsuzluklar ve sonraki ilişkisel travmalar ise, sosyal ipuçlarını algılama ve ipuçlarına yanıt verme becerisini olumsuz etkilemektedir (Fonagy ve ark. 2011). Zihin kuramı ile ilişkili bir araştırmada 5 yaşındaki birinci-derece ve ikinci-derece yanlış inanç atfetme becerisi ile 12 yaşındaki BKB özellikleri

arasında olumsuz yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Belsky ve ark. 2012). Bireyin kendisinin ve diğerlerinin zihinsel durumlarını anlamasında anterior singulat korteks, dorsomedial prefrontal korteks, prekuneus, posterior singulat korteks, superior temporal girus ve temporoparietal bölgeler gibi beynin orta hat yapıları rol oynamaktadır (Herpertz ve ark. 2017).

BKB özellikleri bulunan ergenlerde mentalizasyon ağında bulunan superior temporal girus ve prekuneustaki aktivasyon artışı, hipermentalizasyonun nöral bir göstergesi olabilir (Sharp ve ark. 2011). Superior temporal girus başkalarının jest ve mimiklerini algılamada, prekuneus ve insula ise duygusal empati kurmada görev almaktadır. BKB özellikleri bulunan ergenlerde kişilerarası ilişkilerdeki olumsuzluklarda insulada aktivasyon artışı gözlenmektedir (Krauch ve ark. 2018). BKB özellikleri bulunan ergenler daha fazla duygusal empati ve daha az bilişsel empati kurmaktadır. BKB özellikleri bulunan ergenlerde, duygu düzenleme güçlükleri duygusal empati düzeyinde artma ile ilişkilendirilirken; hipermentalizasyon ise bilişsel empati düzeyinde azalma ile ilişkilidir (Kalpakci ve ark. 2016).

Ayrıca BKB özellikleri bulunan ergenlerde sosyal işlev sorunlarına beyaz cevher anormallikleri eşlik etmektedir. BKB özellikleri bulunan ergenlerde beyaz cevher yapısında gelişimsel zirveye ulaşamadığına dair kanıtlar bulunmaktadır (New ve ark. 2013). BKB özellikleri bulunan ergenlerde çökkün duygudurum varlığında olumsuz duygusal uyarılara yönelik dikkat yanlılığı gözlenebilir. BKB özellikleri bulunan ergenler duyguları doğru bir şekilde algılayabilmek için daha yoğun ifadelere ihtiyaç duymaktadırlar.

### **Bağlanma ve BKB Özellikleri**

“Yeterince iyi” bir çevrede, bebeğin deneyimleri, bakım veren tarafından doğru bir şekilde anlaşılır ve bebeğin ihtiyaçlarına duyarlı bir şekilde yanıt verilir. Ebeveynlerin çocuklarına yönelik duyarlılığı, bebeğin duygulanımlarının belirgin bir şekilde yansıtılması ve gösterimsel-gözlenebilir (ostensive) ipuçlarını içeren sözlü olmayan bir iletişim yoluyla gösterilmektedir (Fonagy ve ark. 2000). Gösterimsel-gözlenebilir ipuçlarının (örneğin göz teması) kullanımının bebekte bilgiye epistemik açıklığı başlattığı ileri sürülmektedir (Csibra ve Gergely 2009). Hem çağdaş kişilerarası kuramlarda (Benjamin 2005, Horowitz ve ark. 2006) hem de bağlanma kuramında (Mikulincer, Shaver 2007) “epistemik donma”ya benzer bir vurgu bulunmaktadır.

Bağlanma kuramında, güvensiz bağlanma örüntüleri bulunan bireylerin yeni bağlanma ilişkilerinde de geçmiş örüntüleri belirgin bir katılıkla sürdürdüğü vurgulanmaktadır. Bunun nedeni özerklik kaybına (benlik kaybı) ya da bağlanma figürünün sevgisinin kaybına (ilişkililiğin kaybı) yönelik duyulan korkudur (Mikulincer ve Shaver 2007). Güvensiz bağlanma

örüntüleri bulunan bireyler, başkaları tarafından onaylanmasa bile bu örüntüleri sürdürme konusunda güçlü bir eğilime sahiptirler. Bu da yeni bağlanma ilişkilerinin bireye sağladığı bilgi akışının kaybını yani “epistemik donma”yı göstermektedir. Yetişkinler ile yapılan kesitsel çalışmalarda güvensiz bağlanma stili ile BKB arasında anlamlı bir ilişkinin bulunduğu zaten bilinmektedir (Levy 2005). Yapılan izlem çalışmalarında ise bebeklik ve ergenlik dönemindeki güvensiz bağlanma stili-nin BKB gelişimini öngördüğü saptanmıştır (Carlson ve ark. 2009, Lyons-Ruth 2008). Güvensiz bağlanma örüntüleri bulunan ergenler kişilerarası düşmanlığa daha yatkındırlar (Allen ve ark. 2007). BKB tanımlı bireylerde %92-96 oranlarında güvensiz bağlanma stili gözlenmektedir ve daha sonra BKB geliştiren bireylerde hem bağlanma hem de ayrılma-bireyselleşmede nesiller arası aktarımlar sonucunda çocuklukta ayrılma kaygısı belirtileri gözlenebilmektedir (Levy 2005). Kaygılı-dirençli-saplantılı bağlanma stili bulunan ergenlerde BKB özellikleri daha fazla görülmektedir (Rosenstein ve Horowitz 1996). Yapılan çalışmalarda güvensiz bağlanma örüntüleri ile BKB ilişkisinin çocukluk döneminde başlayıp yetişkinlikte de sürdüğüne ilişkin bulgular vurgulanmaktadır.

### **Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşam Olayları ve BKB Özellikleri**

BKB tanımlı yetişkinler ve ergenlerde fiziksel, cinsel istismar ve duygusal ihmal öyküsünün psikiyatrik kontrollere göre daha yaygın olduğu saptanmıştır (Horesh ve ark. 2008, Ogata ve ark. 1990, Salzman ve ark. 1993, Stepp ve ark. 2014b, Zanarini ve ark. 1997). Yapılan çalışmalarda, BKB tanımlı hastalarda “erken dönem bağlanma travması” veya “kompleks travma” öyküsünün yüksek oranlarda bulunduğu tespit edilmiştir (Ball ve Links 2009, Chanan ve Kaess 2012). “Kompleks travma”, genellikle ihmal ve / veya istismarı içeren uzun süreli ve birikimli çocukluk dönemi travmatik yaşantılarını tanımlamaktadır. (Asnes ve Leventhal 2011). “Kompleks travma”; genellikle “Tip II travma”, “bağlanma travması”, “ilişkisel travma” veya “gelişimsel travma” olarak adlandırılmaktadır. (Herman 1992, Terr 1991).

Bazı araştırmacılar BKB’nin “kompleks travma sonrası stres bozukluğu” tanısı ile benzer yönlerini vurgulamışlar ve kompleks travmanın duygu düzenleme gücüğü sürekliliğinde rol oynayarak BKB gelişimine neden olduğunu ileri sürmüşlerdir (Ford ve Courtois 2014, Trippany ve ark. 2006, van der Kolk ve ark. 1996). Çocuk ve ergenlerde kompleks travmanın gelişimsel etkilerine yönelik ayrı bir psikiyatrik tanı olarak “Gelişimsel Travma Bozukluğu”nun (Developmental Trauma Disorder) konulması önerilmektedir. “Gelişimsel Travma Bozukluğu”nda travmanın tanımı kişilerarası ve bağlanma travması olarak sınırlandırılmakta ve çocuk ve ergenlerdeki bağlanma örüntülerinin önemi vurgulanmaktadır. “Gelişimsel Travma Bozukluğu”nda tanı ölçütleri ise 3 farklı başlık altında değerlendirilmektedir. Bunlar;

“somatik belirtiler ve duygu düzenleme güçlüğü”, “dikkat ve davranış sorunları”, “öz-düzenleme ve kişilerarası işlevsellik bozuklukları”dır (D’Andrea ve ark. 2012, Ford 2009). Çocuk ve ergenlerde “gelişimsel travma bozukluğu” tanı ölçütleri ile BKB özellikleri yüksek oranda örtüşmektedir (Schmid ve ark. 2008). Önerilen tanıyla uyumlu olarak istismar veya ihmale maruz kalan çocukların önemli bir kısmında güvensiz ve dezorganize bağlanma örüntüleri gözlenmektedir (Hipwell ve ark. 2000, Kim ve Cicchetti 2004, Van Ijzendoorn ve ark. 1999, Weinfield ve ark. 2000).

Çocukluk döneminde cinsel istismara maruz kalmanın BKB etiyojisindeki en önemli faktörlerden biri olduğuna inanılmaktadır (Westen ve ark. 1990). Çocukluk döneminde hem istismar hem de duygusal ihmale maruz kalmanın ergenlerde gözlenen BKB özellikleri ile ilişkili olduğu; ancak istismara kıyasla duygusal ihmale maruz kalma ile BKB özellikleri arasındaki ilişkinin daha güçlü olduğu belirtilmektedir (Zanarini ve ark. 2020).

“Kompleks travma” genellikle tek başına meydana gelmez; tipik olarak daha geniş “riskli çevre”nin bir parçasıdır (Cicchetti ve Toth 2005). Otuz dokuz izlem çalışmasının yer aldığı yakın tarihli bir derleme, duygusal istismar ve ihmal, fiziksel ve cinsel istismar gibi farklı travma türlerine maruz kalmanın; tipik olarak ebeveynin kötü muamelesi, ebeveyn psikopatolojisi, düşük sosyoekonomik düzey, aile içi şiddet gibi geniş bir bağlamda meydana geldiğini göstermektedir. Bu riskli çevre BKB gelişimi ile yakından ilişkilidir (Stepp ve ark. 2016).

Çocuklarda olumsuz yaşam olayları ve gelişimsel etkileri konusunda yapılan çalışmalar, gelişimsel zamanlamanın önemini ortaya koymaktadır (APA 2010). Beyin gelişiminde hızlı ve önemli değişimlerin yaşandığı yaşamın ilk yılları hassas bir dönem olarak kabul edilmektedir (Gee ve Casey 2015). Bu hassas erken çocukluk döneminde bakım veren-çocuk etkileşimi BKB gelişimi açısından oldukça önemlidir. Erken çocukluk döneminde anne yokluğunun BKB belirtileri üzerindeki etkisinin sadece istismara maruz kalma ile açıklanamayacağı belirtilmektedir (Lyons-Ruth ve ark. 2013). Yapılan bir çalışmada, BKB tanılı bireylerin %84’ünün 18 yaşından önce ebeveynlerinin ihmal ve duygusal istismarına maruz kaldıkları saptanmıştır (Zanarini 2000). Bakım veren tarafından uygulanan kötü muamelenin kronikleşmesinin gelişen BKB özellikleriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. (Hecht ve ark. 2014). Ayrıca, doğumdan itibaren 12 yaşına kadar izlenen ikizlerde maruz kalınan kötü muamelenin, ailesinde psikiyatrik bozukluk öyküsü bulunan çocuklarda 12 yaşındaki BKB özelliklerini güçlü bir şekilde öngördüğü saptanmıştır (Belsky ve ark. 2012).

Çocukluk döneminde akran zorbalığına uğramak, erken ergenlik döneminde BKB gelişimi açısından risk oluşturmaktadır (Antila ve ark. 2017). 6050 anne ve çocuğu içeren 12 yıl süreli bir izlem çalışmasında, çocukluk

döneminde akran zorbalığına sürekli bir şekilde maruz kalmanın, 12 yaşındaki BKB belirtilerinin gelişimi açısından risk faktörü olduğu saptanmıştır (Wolke ve ark. 2012). Ayrıca, sosyal eşitsizlik gibi daha geniş çevresel ve sosyokültürel faktörlerin BKB’ye yönelik incinebilirliği açıklamada önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. En yüksek ekonomik eşitsizlik düzeylerine sahip toplumlarda madde kullanım bozukluğu ve ergenlik dönemi gebelikleri gibi BKB ile bağlantılı olabilecek sorunlar daha fazla görülmektedir (Wilkinson ve Pickett 2009). Yapılan çalışmalarda kamu yardımı gerektiren yoksulluk durumunun ergenlik dönemindeki BKB özelliklerini öngördüğü tespit edilmiştir (Stepp ve ark. 2014a, 2016).

Çocukluğu çağrı travmatik deneyimleriyle ilişkili “travma spektrumu bozuklukları” olan (Yıldız ve ark. 2020a, 2020b); BKB başta olmak üzere, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), disosiyatif yaşantılar, agresyon, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), anoreksia nervoza, bulimia nervoza, anksiyete bozuklukları, depresyon ve madde kullanım bozukluğu, sınırsız toplumsal katılım bozukluğu, tepkisel bağlanma bozukluğu, KZVD gelişimi, genetik, nörobiyolojik, psikososyal ve çevresel pek çok faktörün etkileşimi ile ilişkilidir ve travma ile ilişkili yaşantı ve psikopatolojilerin nesiller arası aktarımında önemli rol oynamaktadırlar.

### **Evrimsel Yaklaşım**

“Yaşam öyküsü kuramı” olarak adlandırılan önemli bir “davranışsal ekoloji kuramı”, organizmanın kaynaklarını fiziksel büyüme ve üremeye farklı şekilde tahsis etmesini vurgulamaktadır. Yaşam öyküsü stratejileri genellikle yavaş veya hızlı bir süreklilik olarak kavramsallaştırılmaktadır (Griskevicius ve ark. 2011, Promislow ve Harvey 1990). Her strateji farklı cinsel, psikolojik ve davranışsal özelliklerle kendini göstermektedir (Del Giudice 2009, Kaplan ve Gangestad, 2005). “Yavaş yaşam öyküsü stratejileri”, kaynakların büyüme, gelişme ve ebeveynliğe daha fazla tahsis edilmesiyle tanımlanmaktadır. Yavaş yaşam öyküsünde bireyler daha geç yaşlarda üremeye başlarlar, tutarlı ve uzun süreli romantik ilişkiler kurarlar ve çocuklarına daha fazla yatırım yaparlar. “Hızlı yaşam öyküsü stratejileri” ise, kaynakların eş bulma çabasına daha fazla tahsis edilmesiyle karakterize edilmektedir. Hızlı yaşam öyküsünde bireyler daha genç yaşta üremeye başlarlar, çok sayıda ve kısa süreli romantik ilişkiler kurarlar ve çocuklarına daha az yatırım yaparlar (Egan ve ark. 2005, Weiss ve ark. 2004).

Yapılan çalışmalarda, erken dönem çevresel risk ile hızlı yaşam öyküsü stratejileri arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Örneğin çevresel risklere maruz kalan bireylerde erken cinsel deneyim, çok sayıda ve kısa süreli romantik ilişki kurma eğilimi ve dürtüsel davranışlar gözlenmektedir (Belsky ve ark. 2012, Simpson ve ark. 2012). Sert ebeveyn tutumları, şiddet veya istismar gibi çevresel ipuçlarına maruz kalan çocukların, gelecekteki kaynak kullanılabilirliğinin öngörülemez olduğu bir ‘işsel çalışan model’ geliştirmeleri daha olasıdır (Brüne

2016). Bu da kişiler arası ilişkilerde kısa vadeli faydaları maksimize etme eğilimine, yani hızlı yaşam öyküsü stratejisine neden olmaktadır (Belsky ve ark. 1991).

BKB özelliklerinin hızlı yaşam öyküsü stratejisi ile ilişkili olduğu ileri sürülmektedir. Dürtüsellik, duygu düzenleme güçlüğü ve kendine zarar verme davranışı gibi BKB belirtilerinin olumsuz çocukluk dönemi yaşam olaylarıyla ilişkili yüksek oranda birliktelik göstermesi bu görüşü desteklemektedir (Brüne 2016). Değersizleştirici bir çevrede kendine zarar verme davranışının ebeveynlerin bakımını artırmaya yönelik güçlü bir sinyal olduğu düşünülmektedir (Fonagy ve ark. 2000). Çocukların hayatlarını sonlandırma tehditleri, aynı zamanda ebeveynlerin kendi biyolojik uygunlukları ve soyun devamına yönelik bir tehlikedir. Bununla birlikte BKB tanılı bireylerde DEHB, madde kullanım bozukluğu ve bulimia nervosa gibi hızlı yaşam öyküsü stratejileri ile ilişkilendirilen psikiyatrik komorbiditeler yüksek oranda gözlenmektedir (Del Giudice 2014). Yapılan çalışmalarda, BKB tanılı kadınların kontrollere göre daha erken yaşta cinsel deneyim yaşadıkları ve daha fazla cinsel partnerlerinin olduğu saptanmıştır (Sansone ve ark. 2008, 2011). Ayrıca BKB özellikleri bulunan ergenlerde planlanmamış gebelikler daha fazla gözlenmektedir (De Genna ve ark. 2012). BKB özellikleri bulunan gençlerde gözlenen içselleştirme belirtilerinin metabolik hızı düşürmeye, yağ oranını artırmaya ve böylece menarşın daha erken yaşta olmasına hizmet edebileceği düşünülmektedir (Belsky ve ark. 1991). Ancak BKB özellikleri bulunan ergenlerde erken menarş yaşı gibi fiziksel olgunlaşmaya yönelik yeterli kanıt bulunmamaktadır (Brüne ve ark. 2010). Bununla birlikte BKB’de riskli davranışlar, dürtüsellik ve kendine zarar verme gibi hızlı bir yaşam öyküsü stratejisinin göstergesi olan belirtiler artan yaşla birlikte gittikçe azalmaktadır (Morgan ve ark. 2013). Ergenlik dönemi gibi yaşamın erken dönemlerinde üreme başarısını en üst düzeye çıkarmayı amaçlayan hızlı stratejiler, artan yaşla birlikte işlevsiz hale gelmekte ve postmenopozal dönemde hem belirtiler hem de hızlı stratejiler oldukça azalmaktadır.

Evrimsel yaklaşımlarda BKB belirtilerinin ergenlik döneminde ortaya çıkmasının nedeni olarak cinsel olgunlaşma ile birlikte romantik ilişkilerin ve üremenin başlamasına dikkat çekilmektedir (Brüne 2016). BKB tanılı bireylerin daha erken yaşta cinsel deneyim yaşadıkları ve kısa süreli romantik ilişki kurma eğiliminde oldukları belirtilmektedir (Sansone ve ark. 2008, 2011). Bu bulguların karşı cinsiyetteki ebeveynin olumsuz tutumları veya yokluğu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Erkek bakım verenin bulunmadığı bir evde büyüyen kızlarda ergenlik dönemine geçiş ve cinsel olgunlaşmanın daha erken olduğu saptanmıştır (Belsky ve ark. 1991). Karşı cinsiyetteki ebeveynin yokluğu gibi çevresel riskler sonucunda gözlenen erken menarş yaşı, üremeye başlama becerisi ile birlikte eş seçimine daha fazla kaynak ayrılması anlamına gelmektedir (Belsky ve ark. 1991, Ellis 2004). Böylelikle

gençler çok sayıda ve kısa süreli romantik ilişki kurma eğilimi gösterebilirler (Egan ve ark. 2005, Weiss ve ark. 2004).

### **Biyososyal Gelişim Modeli**

BKB’ye yönelik gelişimsel model olan “biyososyal gelişim modeli” (Crowell ve ark. 2009) ise Linehan’ın (1993a) biyolojik temelli duygusal incinebilirliği vurguladığı biyososyal kuramını temel almaktadır. Diyalektik davranışçı teori ile birlikte biyososyal kuram, BKB’nin gelişimi ve sürekliliğinde duygu düzenleme güçlüğü’nün rolünü vurgulayan bir bilişsel-davranışçı terapi yaklaşımının temelini oluşturmaktadır (Linehan 1993a, 1993b). Biyososyal kuramda duygu düzenleme güçlüğü’nün, KZVD, intihar davranışı ve dürtüsel davranışlar (örneğin madde kullanımı, riskli cinsel davranış) gibi BKB ile ilişkili belirtilerin merkezinde olduğu belirtilmektedir. Ayrıca Linehan (1993a) BKB özelliklerin gelişiminde, bebeğin duygusal deneyimlerinin bakım veren tarafından onaylanmadığı ve desteklenmediği “değersizleştirici çevre” (invalidating environment) etkisini vurgulamaktadır. Biyososyal kuramda çocuğun mizaç özellikleri ve değersizleştirici çevrenin karşılıklı olarak birbirlerini etkiledikleri belirtilmektedir (Chapman 2019). Örneğin dürtüsellik düzeyi yüksek çocuklar, değersizleştirici ebeveyn tutumlarına maruz kaldıklarında duygu düzenleme güçlüğü gelişimi açısından yüksek risk altında olurlar (Winsper ve ark. 2017).

### **BKB’de Duygu Düzenleme Güçlüğü, Nörobiyolojisi, Nörogörüntüleme Bulguları**

BKB tanılı bireylerde kişilerarası zorluklara abartılı duygusal tepkiler verme, suçluluk-utanç duygularını sık yaşama, olumlu ve olumsuz duyguları uçlarda yaşama, azalmış duygusal farkındalık, kendini ve başkalarını suçlamaya yatkınlık, felaketleştirme, uygun bireysel/otonom başa çıkma becerileri sergileyememe, uzlaşma ve uyum gösterebilme becerilerinde gerilik nedeniyle emosyonel düzensizlik sık olarak görülür (Rodriguez ve ark. 2021). Duygu düzenleme kapasitesi, frontostriatal devrenin erken çocukluk döneminden genç yetişkinliğe doğru kademeli olarak gelişimine bağlıdır (Rubia 2013, Silvers ve ark. 2014). Bu gelişim kültürel sosyalleşme süreçleri, bakım verenler ve akranlar ile etkileşim kalitesi gibi çevresel faktörlerden güçlü bir şekilde etkilenmektedir (Baarendse ve ark. 2013, Whittle ve ark. 2016). Çocukluk döneminde stresli yaşam olayları ve travmaya maruz kalma duygu düzenleme işlevinden sorumlu nöral bölgelerin gelişimini olumsuz etkilemektedir. Stresli yaşam olaylarına maruz kalmanın amigdala gri cevher hacim kaybına yol açtığı ve böylece amigdala aktivasyonunda artmaya neden olduğu düşünülmektedir (Schulze ve ark. 2016). BKB’de duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkili olabilecek alanlar arasında; amigdala, hipokampus, insula, rostral anterior singulat korteks (duygu düzenleme güçlükleri) / dorsal anterior singulat korteks, orbitofrontal korteks, ventrolateral ve dorsolateral

prefrontal korteks, talamus ve hipokampus (duygu düzenleme, duygu tanıma, dürtüsellik, ani ve geç ödüllere duyarlılık, karar verme) / inferior frontal girus (öfke ve saldırganlık) / unsinat ve oksipito-frontal fasiküller (limbik sistemi frontal kortekse bağlayan lifler-duygusal ve saldırgan tepkilere yönelik yukarıdan aşağıya kontrolün azalması) yer alır (Buchheim ve ark. 2013; Chanen ve ark. 2008b, Goodman ve ark. 2011, Guyer ve ark. 2016, Jovev ve ark. 2013, Krauch ve ark. 2018, Leichsenring ve ark. 2011, Mühlberger ve ark. 2010, New ve ark. 2013, Schmahl ve ark. 2003, Schulze ve ark. 2016, Stanley ve ark. 2018, Tabibnia ve ark. 2011, Takahashi ve ark. 2009, Whittle ve ark. 2009).

BKB özellikleri bulunan ergenlerde sağlık kontrollerine göre anterior singulat korteks bölgesinde hacim azalması tespit edilmiştir (Goodman ve ark. 2011, Whittle ve ark. 2009). Yukarıdan aşağıya kontrolün azalmasına yol açan bu hacim azalmasının parasuoidal davranışlar ile anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu saptanmıştır (Whittle ve ark. 2009). BKB özellikleri bulunan ergenlerde sağlıklı kontrollerine göre orbitofrontal kortekste hacim azalması tespit edilmiştir (Chanen ve ark. 2008b). Ancak yetişkin literatürünün (Schmahl ve ark. 2003) aksine, BKB özellikleri bulunan ergenlerde kontrollerine göre hipokampus ve amigdalada hacim farklılıkları saptanmamıştır. Bulgular, bu bölgelerdeki değişikliklerin orbitofrontal kortekste hacim azalmasına bağlı olarak bozukluğun ilerleyen dönemlerinde ortaya çıkabileceğini düşündürmektedir (Chanen ve ark. 2008b). Orbitofrontal kortekste hacim azalması, duygu düzenleme ve sosyal olarak uygun davranışları öğrenme becerilerini olumsuz etkilemektedir (Buchheim ve ark. 2013). BKB tanılı yetişkinler ile yapılan çalışmaların (Schulze ve ark. 2016) aksine, BKB özellikleri bulunan ergenlerde kişilerarası reddedilme durumunda amigdalada aktivasyon artışı gözlenmemiştir (Krauch ve ark. 2018). Ancak BKB tanılı yetişkinler ile yapılan çalışmalara (Schulze ve ark. 2016) benzer bir şekilde, BKB özellikleri bulunan ergenlerde kişilerarası reddedilme durumunda sol posterior insulada aktivasyon artışı saptanmıştır (Krauch ve ark. 2018). Bu nörobiyolojik faktörler BKB gelişimi için risk teşkil eden DEHB ve özgül öğrenme bozukluğunda da ortak olarak yer alabilirler.

### **BKB’de Dürtüsellik-Kendine Zarar Verme Davranışı ve İlişkili Nörobiyolojik Faktörler**

KZVD gözlenen ergenlerde psikiyatrik belirti düzeyinin yüksek olması BKB özellikleri ve travmaya maruz kalma ile ilişkilendirilmektedir (Slavin-Stewart ve ark. 2018). Gelişimsel yaklaşımlarda kendine zarar verme davranışının BKB’nin bir öncülü olduğu öne sürülmektedir (Homan ve ark. 2017, Gratz ve ark. 2014). Yetişkinler ile yapılan çalışmalara (Silbersweig ve ark. 2007) benzer bir şekilde BKB özellikleri bulunan ergenlerde, dürtü kontrolüne dahil olan fronto-limbik alanlarda hem gri hem de beyaz cevher anormallikleri

gözlenmektedir (Bozzatello ve ark. 2019). KZVD’ye yönelik yapılan çalışmalarda BKB tanılı yetişkin ve ergen hastaların ağrı eşik değerlerinin sağlıklı kontrollerine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Ludäscher ve ark. 2015, Schmahl ve ark. 2004). BKB tanılı bireylerde nosiseptif uyarı stres düzeyinin azalmasına yol açmaktadır (Willis ve ark. 2017). Bu artmış ağrı eşiği iki mekanizma ile açıklanmaktadır. Bunlardan ilkinde, medial prefrontal korteks aktivasyonu ile birlikte gözlenen amigdala deaktivasyonu (artmış yukarıdan-aşağı inhibisyon) sonucunda amigdala ile süperior temporal girus arasındaki fonksiyonel bağlantının bozulduğu vurgulanmaktadır. BKB tanılı bireylerde bu bozulan bağlantı kendine zarar verme davranışı sonrasında düzeltilmektedir (Reitz ve ark. 2015). Mekanizmalardan ikincisinde ise, BKB tanılı bireylerde gözlenen posterior insula (duygulanım ile ilişkili ağrı-acı) ile dorsolateral prefrontal korteks arasındaki artmış fonksiyonel bağlantının hipoaljeziye yol açtığı belirtilmektedir (Niedtfeld ve ark. 2012). Endojen opioid sistem bozuklukları da KZVD sırasında duyarsızlaşma, hipoaljezi ve disosiasyon ile ilişkili olabilir (Fossati 2012, Herpertz ve Bertsch 2015, Stanley ve Siever 2010).

Son bir derlemeye göre BKB’de gözlenen prekuneus ve sağ frontoparietal bölgeler arasında azalmış bağlantısalılık kendini referans alabilme, kendini dışarıdan görme/değerlendirebilme becerilerinde sorunlara yol açabilir. Bazı araştırmacılara göre bu durum çevreden gelen uyarılarla, içsel temsillerin entegre edilmesini bozar ki bu da dürtüsellik ve KZVD ile ilişkili olabilir (Rodriguez ve ark. 2021).

BKB ve kendine zarar verme davranışında “Kalp Atım Hızı Değişkenliği” (KHD) ile ilgili yapılan çalışmaların sayısı son dönemde artmaktadır. “Polyvagal Teori Modeli” sosyal davranışın nörobiyolojisi hakkında önemli bilgiler vermektedir (Porges 2009). Bu modelde vagal tonus, parasempatik/semptatik sistem dengesine dayanarak nörovejetatif sistemin işleyişini temsil etmektedir. Vagal tonusun artması hem kalbi yavaşlatmakta hem de kalp atış hızını daha değişken hale getirmektedir (yani kalp atışları arasında daha fazla atım değişimi olur) (Bourvis ve ark. 2017). BKB özellikleri bulunan ergenlerde parasempatik sistem artmış aktivasyonu gözlenmektedir (Koenig ve ark. 2017).

### **BKB ve Genetiği**

Kişilik özellikleri için ortalama %49 oranında bir kalıtılabilirlik tahmin edilmektedir (Polderman ve ark. 2015). Pasif gen-çevre korelasyonunda ebeveynlerin çocuklarına hem kendi genotipleriyle ilişkili bir çevre sunduğu, hem de kendi genotiplerini aktardığı vurgulanmaktadır (Kendler, Baker 2007). BKB gelişmesine yönelik incinebilirliğe neden olan genler, aynı zamanda çevresel risk faktörlerine maruz kalma olasılığını da artırmaktadır (Stanley ve ark. 2018). BKB özellikleri açısından monozigotik ikizlerde (0,66) dizigotik ikizlerden (0,29) daha yüksek bir korelasyonun olduğu ve



genetik faktörlerin BKB belirtilerindeki varyansın %66'sından sorumlu olduğu belirtilmektedir (Belsky ve ark. 2012). BKB ile ilişkili adı geçen genler arasında; oksitosin reseptör geni (OXTR), HPA aksı ile ilişkili FK 506 bağlayıcı protein geni (FKBP5), 5-HTTLPR serotonin taşıyıcı geni öne çıkmaktadır. Ayrıca dopamin ile ilişkili genler, brain-derived neurotrophic factor (BDNF), vasopressin reseptör 1A geni, sodyum kanal voltaj-kapılı tip IX alfa subuniti geni, dihydropyrimidine dehidrogenaz (DPYD) geni 1, Plakophilin-4 (PKP4) geni, serine incorporator 5 (SERINC5) geni ve bağlanma, ayrılma davranışlarının düzenlenmesinde de rol alan mü-opioid reseptör geni de (OPRM177G) BKB gelişimi ile ilişkili olabilir (Cicchetti ve ark. 2014, Plomin 2013, Hankin ve ark. 2011, Perez-Rodriguez ve ark. 2018, Sela ve Barbaro 2018).

### **Hormonlar, Nöropeptidler, İmmünolojik Yanıtlar ve BKB**

BKB özellikleri ile ilgili hormonal, immünolojik ve nöropeptidlerle ilişkili değişiklikler arasında hipofiz bezi hacminde artış, plazma dehidroepiandrosteron sülfat (DHEA-S) düzeylerinde değişiklikler bildirilmiştir (Conti ve ark. 2013, Jovev ve ark. 2008). BKB'de çocuk ve ergenlik dönemindeki kronik stresin başlangıçta HPA aksı hiperaktivitesine; ancak yaşamın ilerleyen dönemlerinde stres yanıtında HPA aksı hipoaktivasyonuna (düşük kortizol yanıtı) yol açtığı düşünülmektedir (Miller ve ark. 2007). BKB'nin nöropeptid modelinde bağlanma, kişiler arası ilişkilerle ilişkili oksitosin ve endojen opioidler gibi nöropeptidler tarafından modüle edilen bağlanma ve bağ kurma (affiliative) sistemlerindeki anormalliklerin, sosyal reddedilme veya terk edilme sonrasındaki dürtüsel davranışların nedeni olabileceği öne sürülmektedir (Fossati 2012, Herpertz ve Bertsch 2015, Stanley ve Siever 2010).

## **SONUÇ**

BKB gelişiminde ebeveyn çocuk ilişki örüntüsü, ebeveyn psikopatolojisi, çocuktaki psikopatolojiler, psikodinamik ve bağlanma ile ilgili faktörler, çevresel faktörler, mizaşsal özellikler, nörobiyolojik süreçler, genetik faktörler, duygu düzenleme güçlükleri, çocukluk çağı travmaları ve olumsuz yaşam olayları, cinsel istismara maruz kalma, dürtüsellikle ilişkili özellikler, zihin kuramı eksiklikleri ve hipermentalizasyon, hormonal nedenler, nörotransmitter ve nöropeptid işlev sorunları, epigenetik süreçler gibi geniş spektrumlu özellikler rol oynamaktadır.

BKB'ye yönelik psikodinamik ve gelişimsel yaklaşımlarda kişilerarası işlevsellik bozukluğu, duygu düzenleme güçlüğü ve dürtüsellığe dikkat çekilmektedir. BKB gelişiminde değersizleştirici çevre (Linehan 1993a), epistemik donma ve mentalizasyon (Fonagy ve ark., 2017), kompleks veya

bağlanma travması (van der Kolk ve ark., 2009) rol oynamaktadır. Çocuk ve ergenlerde kompleks travmanın gelişimsel etkilerine yönelik ayrı bir psikiyatrik tanı olarak Gelişimsel Travma Bozukluğu (Developmental Trauma Disorder) tanısı önerilmektedir (van der Kolk ve ark., 2009).

Evrimsel yaklaşımda, BKB belirtilerinin ergenlik döneminde ortaya çıkmasının nedeni olarak cinsel olgunlaşma ile birlikte romantik ilişkilerin ve üremenin başlaması vurgulanmakta ve BKB'nin hızlı yaşam öyküsü stratejisi ile ilişkili olduğu savunulmaktadır (Brüne 2016). Ergenlik dönemi gibi yaşamın erken dönemlerinde üreme başarısını en üst düzeye çıkarmayı amaçlayan hızlı stratejiler, artan yaşla birlikte işlevsiz hale gelmekte ve postmenopozal dönemde hem belirtiler hem de hızlı stratejiler oldukça azalmaktadır.

BKB özellikleri bulunan ergenlerde sağlıklı kontrollere göre yukarıdan aşağıya (top-down) duygusal işlemede görev alan orbitofrontal korteks (Chanen ve ark. 2008b) ve anterior singulat kortekste (Whittle ve ark. 2009) hacim azalması; aşağıdan yukarı (bottom-up) duygusal işlemede yer alan talamus ve hipokampus bölgesinde akivasyon artışı (Krauch ve ark. 2018) gözlenmektedir. Ancak yetişkin literatürünün (Schmahl ve ark. 2003) aksine, BKB özellikleri bulunan ergenlerde kontrollere göre hipokampus ve amigdalada hacim farklılıkları gözlenmemektedir (Brunner ve ark. 2010). Bu bölgelerdeki değişikliklerin orbitofrontal kortekste hacim azalmasına bağlı olarak bozukluğun ilerleyen dönemlerinde ortaya çıktığı düşünülmektedir (Chanen ve ark. 2008b).

Çalışmamız BKB'ye yönelik gözden geçirme niteliği taşıyan bir araştırma niteliğiyle sınırlı olduğundan ele aldığımız bulguların uygulamalı klinik bağlamlarda önemini ortaya çıkaran çalışmaların yapılması, BKB tanısı, ayırıcı tanısı ve tedavi açısından klinisyenlere yol gösterecektir. Özellikle ergen alanında çalışan ruh sağlığı uzmanlarının sorunsalı farklı boyutlarıyla ele almaları uygun olacaktır. Çocukluk dönemine odaklanan çalışmalar ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde BKB'yi öngörmeyi sağlamadaki etkileri açısından önem taşıdığından bu döneme ilişkin çalışmaların artırılması yarar sağlayacaktır. BKB'nin çeşitli özelliklerine ilişkin yürütülecek deneysel çalışmalar ve BKB özellikleri bulunan ve bulunmayan ergen örneklemeleri arasında yapılacak karşılaştırmalar, BKB'nin ayırıcı özelliklerinin netlik kazanmasını sağlayabilecektir. Gelişimsel travmanın uzun dönem etkilerini izleyen boylamsal çalışmalar travmanın BKB özellikleri ile ilişkilerinin anlaşılması açısından katkı sağlayacaktır.

Bu çalışma yaklaşık son 50 yıl içerisinde BKB alanında çocuk ve ergen popülasyonunda yapılmış çalışmaların gözden geçirilmesine dayanmaktadır. Ele aldığımız bu çalışmaların çoğu ilişkisel nitelik taşımaktadır. Bu nedenle bulguların genellenebilirliği ve etki büyüklüğü sınırlıdır. Ülkemizde BKB alanında yapılmış çalışmalar literatüre katkı sağlayacağı gibi bulguların geçerliliğini de destekleyecektir.

## KAYNAKLAR

- Allen JP, Porter M, McFarland C ve ark. (2007) The relation of attachment security to adolescents' paternal and peer relationships, depression, and externalizing behavior. *Child Development* 78:1222-39.
- American Psychological Association (2010) *Resilience and Recovery After War: Refugee Children and Families in the United States*. Washington, DC: Author. Retrieved from <http://www.apa.org/pi/families/refugees> and prospect, s, 27.
- Antila H, Arola R, Hakko H ve ark. (2017) Bullying involvement in relation to personality disorders: A prospective follow-up of 508 inpatient adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 26:779-89.
- Asnes AG, Leventhal JM (2011) Connecting the dots in childhood and adolescent trauma. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 165:87-9.
- Baarendse PJ, Counotte DS, O'Donnell P ve ark. (2013) Early social experience is critical for the development of cognitive control and dopamine modulation of prefrontal cortex function. *Neuropsychopharmacology* 38:1485-94.
- Ball JS, Links PS (2009) Borderline personality disorder and childhood trauma: Evidence for a causal relationship. *Curr Psychiatry Rep* 11:63-8.
- Barnow S, Aldinger M, Arens EA ve ark. (2013) Maternal transmission of borderline personality disorder symptoms in the community-based Greifswald family study. *J Pers Disord* 27:806-19.
- Baron-Cohen S, Golan O, Chakrabarti B ve ark. (2008) Social cognition and autism spectrum conditions. *Social Cognition and Developmental Psychopathology*, C Sharp, P Fonagy, I Goodyer (Ed), Oxford, UK: Oxford University Press, s. 29-56.
- Barros-Loscertales A, Ventura-Campos N, Sanjuan-Tomas A ve ark. (2010) Behavioral activation system modulation on brain activation during appetitive and aversive stimulus processing. *Soc Cogn Affect Neurosci* 5:18-28.
- Bates JE, Schermerhorn AC, Petersen IT (2014) Temperament concepts in developmental psychopathology. *Handbook of Developmental Psychopathology*, 3. Baski, KD Rudolph, M Lewis, KD Rudolph (Ed), New York, Springer, s.311-29.
- Beauchaine TP (2012) Physiological markers of emotion and behavior dysregulation in externalizing psychopathology. *Monogr Soc Res Child Dev* 77:79-86.
- Beauchaine TP (2015) Future directions in emotion dysregulation and youth psychopathology. *J Clin Child Adolesc Psychol* 44:875-96.
- Beauchaine TP, Hinshaw SP, Bridge JA (2019) Nonsuicidal self- injury and suicidal behaviors in girls: The case for targeted prevention in preadolescence. *Clin Psychol Sci* 7:643-67.
- Belsky J, Steinberg L, Draper P (1991) Childhood experience, interpersonal development, and reproductive strategy: An evolutionary theory of socialization. *Child Dev* 62:647-70.
- Belsky J, Schlomer GL, Ellis BJ (2012) Beyond cumulative risk: Distinguishing harshness and unpredictability as determinants of parenting and early life history strategy. *Dev Psychol* 48:662-73.
- Belsky DW, Caspi A, Arseneault L ve ark. (2012) Etiological features of borderline personality related characteristics in a birth cohort of 12-year-old children. *Dev Psychopathol* 24:251-65.
- Benjamin LS (2005) Interpersonal theory of personality disorders. The structural analysis of social behaviour and interpersonal reconstructive therapy. *Major Theories of Personality Disorder*, 2. Baski, MF Lenzenweger, JF Clarkin (Ed), New York, NY, Guilford Press, s. 157-230.
- Bluck S, Habermas T (2001) Extending the study of autobiographical memory: Thinking back about life across the life span. *Rev Gen Psychol* 5:135-47.
- Bornoalova MA, Hicks BM, Iacono WG ve ark. (2009) Stability, change, and heritability of borderline personality disorder traits from adolescence to adulthood: A longitudinal twin study. *Dev Psychopathol* 21:1335-53.
- Bornstein L, Bornstein MH (2007) Parenting styles and child social development. *Encyclopedia on Early Childhood Development*, RE Tremblay, M Boivin, RCV Peters (Ed), Montreal, Canada, Centre of Excellence for Early Childhood Development and Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development, s.1-4.
- Bourvis N, Aouidad A, Cabelguen C ve ark. (2017) How do stress exposure and stress regulation relate to borderline personality disorder?. *Frontiers in psychology* 8:2054.
- Boyce WT, Ellis BJ (2005) Biological sensitivity to context: I. An evolutionary-developmental theory of the origins and functions of stress reactivity. *Development and Psychopathology* 17:27-301.
- Bozzatello P, Bellino S, Bosia M ve ark. (2019) Early detection and outcome in borderline personality disorder. *Frontiers in psychiatry* 10:710.
- Brüne M, Ghiassi V, Ribbert H (2010) Does borderline personality reflect the pathological extreme of an adaptive reproductive strategy? Insights and hypotheses from evolutionary life- history theory. *Clinical Neuropsychiatry* 7:3-9.
- Brüne M (2016) Borderline personality disorder: Why 'fast and furious'? *Evol Med Public Health* 1:52-66.
- Buchheim A, Roth G, Schiepek G ve ark. (2013) Neurobiology of borderline personality disorder (BPD) and antisocial personality disorder (APD). *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry* 164:115-22.
- Burt SA, McGue M, Krueger RF ve ark. (2005) How are parent-child conflict and childhood externalizing symptoms related over time? Results from a genetically informative cross-lagged study. *Dev Psychopathol* 17:145-65.
- Carlson EA, Egeland B, Sroufe LA (2009) A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Dev Psychopathol* 21:1311-34.
- Chanen AM, Jovev M, McCutcheon LK ve ark. (2008a) Borderline personality disorder in young people and the prospects for prevention and early intervention. *Current Psychiatry Reviews* 4:48-57.
- Chanen AM, Velakoulis D, Carison K ve ark. (2008b) Orbitofrontal, amygdala and hippocampal volumes in teenagers with first-presentation borderline personality disorder. *Psychiatry Res Neuroimaging* 163:116-25.
- Chanen AM, Kaess M (2012) Developmental pathways to borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep* 14:45-53.
- Chanen AM, McCutcheon L, Kerr IB (2014) HYPE: A cognitive analytic therapy-based prevention and early intervention programme for borderline personality disorder. *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents*, C Sharp, J Tackett (Ed), New York, Springer, s. 361-83.
- Chapman AL (2019) Borderline personality disorder and emotion dysregulation. *Dev Psychopathol* 31:143-56.
- Cicchetti D, Toth SL (2005) Child maltreatment. *Annu Rev Clin Psychol* 1:409-38.
- Cicchetti D, Rogosch FA, Hecht KF ve ark. (2014) Moderation of maltreatment effects on childhood borderline personality symptoms by gender and oxytocin receptor and FK506 binding protein 5 genes. *Dev Psychopathol* 26:831-49.
- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR (1993) A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 50:975-90.
- Conti E, Nacinovich R, Bomba M ve ark. (2013) Diazepam binding inhibitor and dehydroepiandrosterone sulphate plasma levels in borderline personality disorder adolescents. *Neuropsychobiology* 69:19-24.
- Crawford TN, Cohen PR, Chen H ve ark. (2009) Early maternal separation and the trajectory of borderline personality disorder symptoms. *Dev Psychopathol* 21:1013-30.
- Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan MM (2009) A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychol Bull* 135:495-510.
- Crowell SE, Baucom BR, Yaptangco M ve ark. (2014) Emotion dysregulation and dyadic conflict in depressed and typical adolescents: Evaluating concordance across psychophysiological and observational measures. *Biol Psychol* 98:50-8.
- Csibra G, Gergely G (2009) Natural pedagogy. *Trends in Cognitive Sciences* 13:148-53.
- D'Andrea W, Ford JD, Stolbach B ve ark. (2012) Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *Am J Orthopsychiatry* 82:187-200.
- Davidson RJ, Jackson DC, Kalin NH (2000) Emotion, plasticity, context, and regulation: Perspectives from affective neuroscience. *Psychol Bull* 126:890-909.
- De Genna NM, Feske U, Larkby C ve ark. (2012) Pregnancies, abortions, and births among women with and without borderline personality disorder. *Womens Health Issues* 22:e371-e7.
- Del Giudice M (2014) An evolutionary life history framework for psychopathology. *Psychological Inquiry* 25:261-300.

- Del Giudice M (2009) Sex, attachment, and the development of reproductive strategies. *Behav Brain Sci* 32:1-67.
- Egan V, Figueredo AJ, Wolf P ve ark. (2005) Sensational interests, mating effort, and personality: evidence for cross-cultural validity. *Journal of Individual Differences* 26:11-9.
- Eisenberg N, Spinrad T, Eggum N (2010) Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. *Annu Rev Clin Psychol* 6:497-525.
- Ellis BJ (2004) Timing of pubertal maturation in girls: An integrated life history approach. *Psychol Bull* 130:920-58.
- El-Sheikh M, Erath SA (2011) Family conflict, autonomic nervous system functioning, and child adaptation: State of the science and future directions. *Dev Psychopathol* 23:703-21.
- Erikson EH (1968) *Identity, Youth and Crisis*. New York, Norton Company, s.36.
- Erikson EH (1986) *Childhood and Society*. New York, W. W. Norton, s.40.
- Fiske ST, Taylor SE (1991) *Social Cognition* (2nd ed). New York, NY, McGraw-Hill, s.44.
- Fonagy P, Target M, Gergely G (2000) Attachment and borderline personality disorder. A theory and some evidence. *Psychiatr Clin North Am* 23:103-22.
- Fonagy P, Luyten P (2009) A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Dev Psychopathol* 21:1355-81.
- Fonagy P, Luyten P, Strathearn L (2011) Borderline personality disorder, mentalization, and the neurobiology of attachment. *Infant Ment Health J* 32:47-69.
- Fonagy P, Luyten P, Allison E ve ark. (2017) What we have changed our minds about: Part 2. Borderline personality disorder, epistemic trust and the developmental significance of social communication. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 4:9.
- Ford JD (2009) Neurobiological and developmental research: Clinical implications. *Treating Complex Traumatic Stress Disorders: An Evidence-Based Guide*, CA Courtois, JD Ford (Ed), New York, Guilford Press s. 31-58.
- Ford JD, Courtois CA (2014) Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 9:9.
- Fossati A (2012) Adult attachment in the clinical management of borderline personality disorder. *J Psychiatr Pract* 18:159-71.
- Fowles DC (1980) The three arousal model: Implications of Gray's two-factor learning theory for heart rate, electrodermal activity, and psychopathy. *Psychophysiology* 17:87-104.
- Frith CD (2007) The social brain? *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 362:671-8.
- Gee DG, Casey BJ (2015) The impact of developmental timing for stress and recovery. *Neurobiol Stress* 1:184-94.
- Goodman M, Hazlett EA, Avedon JB ve ark. (2011) Anterior cingulate volume reduction in adolescents with borderline personality disorder and co-morbid major depression. *J Psychiatr Res* 45:803-7.
- Gratz KL, Dixon-Gordon KL, Tull MT (2014) Self-injurious behaviors in adolescents with borderline personality disorder. *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents*, C Sharp, JL Thakett (Ed), New York, Springer, s. 195-210.
- Griffiths M (2011) Validity, utility and acceptability of borderline personality disorder diagnosis in childhood and adolescence: Survey of psychiatrists. *The Psychiatrist* 35:19-22.
- Grilo CM, Becker DF, Fehon DC ve ark. (1996) Gender differences in personality disorders in psychiatrically hospitalized adolescents. *Am J Psychiatry* 153:1089-91.
- Griskevicius V, Tybur JM, Delton AW ve ark. (2011) The influence of mortality and socioeconomic status on risk and delayed rewards: A life history theory approach. *J Pers Soc Psychol* 100:1015-22.
- Gunderson, JG (2007) Disturbed relationships as a phenotype for borderline personality disorder (commentary). *Am J Psychiatry* 164:1637-40.
- Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE ve ark. (2018) Borderline personality disorder. *Nat Rev Dis Primers* 4:18029.
- Guyer AE, Silk JS, Nelson EE (2016) The neurobiology of the emotional adolescent: from the inside out. *Neurosci Biobehav Rev* 70:74-85.
- Han S, Northoff G (2009) Understanding the self: A cultural neuroscience approach. *Prog Brain Res* 178:203-12.
- Hankin BL, Barrocas AL, Jenness J ve ark. (2011) Association between 5-HTTLPR and borderline personality disorder traits among youth. *Frontier in Psychiatry* 2:1-7.
- Hecht KF, Cicchetti D, Rogosch FA ve ark. (2014) Borderline personality features in childhood: The role of subtype, developmental timing, and chronicity of child maltreatment. *Dev Psychopathol* 26:805-15.
- Herman J (1992) *Trauma and Recovery*. New York, NY, Basic Books, s.9.
- Herpertz SC, Bertsch K (2015) A new perspective on the pathophysiology of borderline personality disorder: A model of the role of oxytocin. *Am J Psychiatry* 172:840-51.
- Herpertz SC, Nagy K, Ueltzhöffer K ve ark. (2017) Brain mechanisms underlying reactive aggression in borderline personality disorder-sex matters. *Biol Psychiatry* 82:257-66.
- Hipwell AE, Goossens FA, Melhuish EC ve ark. (2000) Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. *Dev Psychopathol* 12:157-75.
- Homan KJ, Sim LA, Fargo JD ve ark. (2017) Five-year prospective investigation of self-harm/suicide-related behaviors in the development of borderline personality disorder. *Personal Disord* 8:183-8.
- Hosh N, Ratner S, Laor N ve ark. (2008) A comparison of life events in adolescents with major depression, borderline personality disorder and matched controls: A pilot study. *Psychopathology* 41:300-6.
- Horowitz LM, Wilson KR, Turan B ve ark. (2006) How interpersonal motives clarify the meaning of interpersonal behavior: A revised circumplex model. *Pers Soc Psychol Rev* 10:67-86.
- Jovev M, Garner B, Phillips L ve ark. (2008) An MRI study of pituitary volume and parasuicidal behavior in teenagers with first-presentation borderline personality disorder. *Psychiat Res Neuroim* 162:273-7.
- Jovev M, McKenzie T, Whittle S ve ark. (2013) Temperament and maltreatment in the emergence of borderline and antisocial personality pathology during early adolescence. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 22:220-9.
- Kaess M, Resch F, Parzer P ve ark. (2013) Temperamental patterns in female adolescents with borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis* 201:109-15.
- Kaess M, Brunner R, Chanan A (2014) Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics* 134:782-93.
- Kagan J (2013) Behavioral inhibition as a temperamental vulnerability to psychopathology. *Child and Adolescent Psychopathology*, 2.Baski, TP Beauchaine, SP Hinshaw (Ed), Hoboken, NJ, Wiley, s. 197-226.
- Kalpakci A, Vanwoerden S, Elhai JD ve ark. (2016) The independent contributions of emotion dysregulation and hypermentalization to the 'double dissociation' of affective and cognitive empathy in female adolescent inpatients with BPD. *J Pers Disord* 30:242-60.
- Kaplan HS, Gangestad SW (2005) Life history theory and evolutionary psychology. *The Handbook of Evolutionary Psychology*, D. M. Buss (Ed), Hoboken, NJ, Wiley, s. 68-95.
- Kendler KS, Baker JH (2007) Genetic influences on measures of the environment: a systematic review. *Psychol Med* 37:615-26.
- Kernberg O (1976) Technical considerations in the treatment of borderline personality organization. *J Am Psychoanal Assoc* 24:795-829.
- Kernberg O (1983) Object relations theory and character analysis. *J Am Psychoanal Assoc* 31:247-72.
- Kernberg OF (1984) The couch at sea: psychoanalytic studies of group and organizational leadership. *Int J Group Psychother* 34:5-23.
- Kim J, Cicchetti D (2004) A longitudinal study of child maltreatment, mother-child relationship quality and maladjustment: the role of self-esteem and social competence. *J Abnorm Child Psychol* 32:341-54.
- Koenig J, Rinnewitz L, Parzer P ve ark. (2017) Resting cardiac function in adolescent non-suicidal self-injury: The impact of borderline personality disorder symptoms and psychosocial functioning. *Psychiatry Res* 248:117-20.
- Kohut H (1977) *The Restoration of the Self*. Madison, WI, International Universities Press, Inc, s.7.
- Krauch M, Ueltzhöffer K, Brunner R ve ark. (2018) Heightened Salience of Anger and Aggression in Female Adolescents With Borderline Personality Disorder-A Script-Based fMRI Study. *Front Behav Neurosci* 12:57.
- Laakso A, Wallius E, Kajander J ve ark. (2003) Personality traits and striatal dopamine synthesis capacity in healthy subjects. *Am J Psychiatry* 160:904-10.

- Laurensen EMP, Hutsebaut J, Feenstra, DJ ve ark (2013) Diagnosis of personality disorders in adolescents: a study among psychologists. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 7:3.
- Leichsenring F, Leibling E, Kruse J ve ark. (2011) Borderline personality disorder. *Lancet* 377:74-84.
- Levy KN (2005) The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Dev Psychopathol* 17:959- 86.
- Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C ve ark. (2004) Borderline personality disorder. *Lancet* 364:453-61.
- Lind M, Vanwoerden S, Penner F ve ark. (2019) Inpatient adolescents with borderline personality disorder features: Identity diffusion and narrative incoherence. *Personal Disord* 4:389-93.
- Linehan M (1993a) *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford Press s.35.
- Linehan M (1993b) *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford Press s.30.
- Ludäscher P, von Kalckreuth C, Parze P ve ark. (2015) Pain perception in female adolescents with borderline personality disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 24:351-7.
- Lyons-Ruth K, Jacobvitz D (2008) Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*, 2. Baski, J Cassidy, PR Shaver (Ed.), New York, NY, Guilford Press s. 666-97.
- Lyons-Ruth K (2008) Contributions of the mother-infant relationship to dissociative, borderline, and conduct symptoms in young adulthood. *Infant Ment Health J* 29:203-18.
- Lyons-Ruth K, Bureau JF, Holmes B ve ark. (2013) Borderline symptoms and suicidality/self-injury in late adolescence: prospectively observed relationship correlates in infancy and childhood. *Psychiatry Res* 206:273-81.
- Martel M (2013) Sexual selection and sex differences in the prevalence of childhood externalizing and adolescent internalizing disorder. *Psychol Bull* 139:1221-59.
- Malenka RC, Siegelbaum SA (2001) Synaptic plasticity: Diverse targets and mechanisms for regulating synaptic efficacy. *Synapses*, W M Cowan, TC Sudhof, CF Stevens (Ed.), Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press s. 393-454.
- Massó Rodriguez A, Hogg B, Gardoki-Souto I ve ark. (2021) Clinical features, neuropsychology and neuroimaging in bipolar and borderline personality disorder: A systematic review of cross-diagnostic studies. *Front Psychiatry* 12:681876.
- McAdams DP, Olson BD (2010) Personality development: continuity and change over the life course. *Annu Rev Psychol* 61:517- 42.
- McAdams DP, McLean KC (2013) Narrative identity. *Current Directions in Psychol Sci* 22:233- 8.
- McCloskey MS, New AS, Siever LJ ve ark. (2009) Evaluation of behavioral impulsivity and aggression tasks as endophenotypes for borderline personality disorder. *J Psychiatr Res* 43:1036-48.
- McNaughton N, Corr, PJ (2004) A two-dimensional neuropsychology of defense: Fear/anxiety and defensive distance. *Neurosci Biobehav Rev* 28:285-305.
- Mikulincer M, Shaver PR (2007) *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics and Change*. New York, NY, Guilford Press.
- Miller GE, Chen E, Zhou ES (2007) If it goes up, must it come down? Chronic stress and the hypothalamic pituitary adrenocortical axis in humans. *Psychol Bull* 133:25-45.
- Morgan TA, Chelminski I, Young D ve ark. (2013) Differences between older and younger adults with borderline personality disorder on clinical presentation and impairment. *J Psychiatr Res* 47:1507-13.
- Mühlberger A, Wieser MJ, Gerdes AB ve ark. (2010) Stop looking angry and smile, please: start and stop of the very same facial expression differentially activate threat-and reward-related brain networks. *Soc Cogn Affect Neurosci* 6:321-9.
- Neuhaus E, Beauchaine TP (2013) Impulsivity and vulnerability to psychopathology. *Child and Adolescent Psychopathology*, 2. Baski, TP Beauchaine, SP Hinshaw (Ed.), Hoboken, NJ, Wiley, s. 197-226.
- New AS, Carpenter DM, Perez-Rodriguez MM ve ark. (2013) Developmental differences in diffusion tensor imaging parameters in borderline personality disorder. *J Psychiatr Res* 47:1101-9.
- Newton-Howes G, Clark LA, Chanen A (2015) Personality disorder across the life course. *Lancet* 385:727-34.
- Niedtfeld I, Kirsch P, Schulze L ve ark. (2012) Functional connectivity of pain-mediated affect regulation in Borderline Personality Disorder. *PLOS One* 7:e33293.
- Northoff G, Heinzel A, de Greck M ve ark. (2006) Self-referential processing in our brain—a meta-analysis of imaging studies on the self. *Neuroimage* 31:440-57.
- Ogata SN, Silk KR, Goodrich S ve ark. (1990) Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 147:1008- 13.
- Paris J (2013) Personality disorders begin in adolescence. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 22:195-6.
- Perez-Rodriguez MM, Bulbena-Cabr  A, Bassir Nia A ve ark. (2018) The neurobiology of borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 41:633-50.
- Plomin R (2013) Commentary: Missing heritability, polygenic scores, and gene-environment correlation. *J Child Psychol Psychiatry* 54:1147-9.
- Polderman TJC, Benyamin B, de Leeuw C ve ark. (2015) Meta-analysis of the heritability of human traits based on fifty years of twin studies. *Nature Genetics* 47:702-9.
- Porges SW (2009) The polyvagal theory: new insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. *Cleve Clin J Med* 76: 86-90.
- Promislow DEL, Harvey PH (1990) Living fast and dying young: A comparative analysis of life-history variation among mammals. *Journal of Zoology* 220:417-37.
- Reinelt E, Stopsack M, Aldinger M ve ark. (2014) Longitudinal transmission pathways of borderline personality disorder symptoms: from mother to child? *Psychopathology* 47:10-6.
- Reitz S, Kluetsch R, Niedtfeld I ve ark. (2015) Incision and stress regulation in borderline personality disorder: neurobiological mechanisms of self-injurious behaviour. *Br J Psychiatry* 207:165-72.
- Rosenstein DS, Horowitz HA (1996) Adolescent attachment and psychopathology. *J Consult Clin Psychol* 64:244-53.
- Rubia K (2013) Functional brain imaging across development. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 22:719-31.
- Sagvolden T, Aase H, Johansen EB ve ark. (2005) A dynamic developmental theory of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) predominantly hyperactive/impulsive and combined subtypes. *Behav Brain Sci* 28: 397-468.
- Salzman JP, Salzman C, Wolfson AN ve ark.(1993) Association between borderline personality structure and history of childhood abuse in adult volunteers. *Compr Psychiatry* 34:254-7.
- Sansone RA, Barnes J, Muennich E ve ark. (2008) Borderline personality symptomatology and sexual impulsivity. *Int J Psychiatry Med* 38:53-60.
- Sansone RA, Chu JW, Wiederman MW (2011) Sexual behaviour and borderline personality disorder among female psychiatric inpatients. *Int J Psychiatry Clin Pract* 15:69-73.
- Satpute AB, Lieberman MD (2006) Integrating automatic and controlled processes into neurocognitive models of social cognition. *Brain Res* 1079:86-97.
- Schmahl C, Vermetten E, Elzinga BM ve ark (2003) Magnetic resonance imaging of hippocampal and amygdala volume in women with childhood abuse and borderline personality disorder. *Psychiatry Res* 122:193-8.
- Schmahl CG, Elzinga BM, Ebner UW ve ark. (2004) Psychophysiological reactivity to traumatic and abandonment scripts in borderline personality and posttraumatic stress disorders: a preliminary report. *Psychiatry Res* 126:33-42.
- Schmid M, Schmeck K, Petermann F (2008) *Pers nlichkeitsst rungen im Kindes- und Jugendalter? Kindheit und Entwicklung* 17:190-202.
- Schulze L, Schmahl C, Niedtfeld I (2016) Neural correlates of disturbed emotion processing in borderline personality disorder: A multimodal meta-analysis. *Biol Psychiatry* 79:97-106.
- Sela Y, Barbaro N (2018) Evolutionary perspectives on personality and individual differences. *The SAGE Handbook of Personality and Individual Differences: The Science of Personality and Individual Differences*, V Zeigler-Hill, TK Shackelford (Ed.), NewYork, Sage Publications s.203-28).
- Sharp C, Pane H, Ha C ve ark. (2011) Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 50:563-73

- Sharp C (2014) The social-cognitive basis of borderline personality disorder: A theory of hypermentalizing. *The Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents*, C, Sharp, J Tackett (Ed.), New York, Springer. s.211-25
- Sharp C, Fonagy P (2015) Practitioner review: Borderline personality disorder in adolescence – Recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *J Child Psychol Psychiatry* 56:1266–88.
- Sharp C, Kalpakci A, Mellick W (2015) First evidence of a prospective relation between avoidance of internal states and borderline personality disorder features in adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 24:283–90.
- Sharp C, Venta A, Vanwoerden S ve ark. (2016) First empirical evaluation of the link between attachment, social cognition and borderline features in adolescents. *Compr Psychiatry* 64:4-11.
- Sharp C, Vanwoerden S, Wall K (2018) Adolescence as a Sensitive Period for the Development of Personality Disorder. *Psychiatr Clin North Am* 41:669–83.
- Silbersweig D, Clarkin JF, Goldstein M ve ark. (2007) Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 164:1832–41.
- Silvers JA, Buhle JT, Ochsner KN (2014) The neuroscience of emotion regulation: Basic Mechanisms and Their Role in Development, Aging and Psychopathology, cilt 2, KN Ochsner, SM Kosslyn (Ed.), The Oxford University Press s.1-48
- Simpson JA, Griskevicius V, I-Chun Kou S ve ark. (2012) Evolution, stress, and sensitive periods: The influence of unpredictability in early versus late childhood on sex and risky behavior. *Dev Psychol* 48:674-86.
- Slavin-Stewart C, Boylan K, Burke JD (2018) Subgroups of Adolescent Girls With Borderline Personality Disorder Symptoms. *J Pers Disord* 32:636-53.
- Stanley B, Siever LJ (2010) The interpersonal dimension of borderline personality disorder: Toward a neuropeptide model. *Am J Psychiatry* 167:24–39.
- Stanley B, Sher L, Wilson S ve ark. (2010) Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *J Affect Disord* 124:134-40.
- Stanley B, Perez-Rodriguez MM, Labouliere C ve ark. (2018) A Neuroscience-Oriented Research Approach to Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord* 1-39.
- Stepp SD, Keenan K, Hipwell AE ve ark. (2014a) The impact of childhood temperament on the development of borderline personality disorder symptoms over the course of adolescence. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 1:18
- Stepp SD, Whalen DJ, Scott LN ve ark. (2014b) Reciprocal effects of parenting and borderline personality disorder symptoms in adolescent girls. *Dev Psychopathol* 26:361-78.
- Stepp SD, Lazarus SA, Byrd AL (2016) A systematic re- view of risk factors prospectively, associated with borderline personality disorder: Taking stock and moving forward. *Personal Disord* 7:316–23.
- Tabibnia G, Monterosso JR, Baicy K ve ark. (2011) Different forms of self-control share a neurocognitive substrate. *The Journal of Neuroscience: J Neurosci* 31:4805-10.
- Takahashi T, Chanan AM, Wood SJ ve ark. (2009) Insular cortex volume and impulsivity in teenagers with first-presentation borderline personality disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 33:1395-400.
- Terr LC (1991) Childhood traumas: An outline and over- view. *Am J Psychiatry* 148:10-20.
- Trippany RL, Helm HM, Simpson L (2006) Trauma reenactment: Rethinking borderline personality disorder when diagnosing sexual abuse survivors. *J Ment Health Couns* 28:95-110.
- Trull T, Widiger T, Lynam D ve ark. (2003) Borderline personality disorder from the perspective of general personality functioning. *J Abnorm Psychol* 112:193–202.
- Van Ijzendoorn MH, Schuengel C, Bakermans-Kranenburg MJ (1999) Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Dev Psychopathol* 11:225-49.
- Van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S ve ark. (1996) Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaption to trauma. *Am J Psychiatry* 153:83-93.
- Van der Kolk BA, Pynoos RS, Cicchetti D ve ark. (2009) Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V. Unpublished manuscript, the National Child Traumatic Stress Network Developmental Trauma Disorder Taskforce, University of California Los Angeles, Los Angeles, CA.
- Weinfeld NS, Sroufe LA, Egeland B (2000) Continuity, discontinuity, and their correlates. *Child Dev* 71:695–702.
- Weiss A, Egan V, Figueredo AJ (2004) Sensational interests as a form of intrasexual competition. *Personality and Individual Differences*, 36:563-73.
- Westen D, Ludolph P, Mislé B ve ark. (1990) Physical and sexual abuse in adolescent girls with borderline personality disorder. *Am J Orthopsychiatry* 60:55-66.
- Westen D ve Cohen RP (1993) The self in borderline personality disorder: A psychodynamic perspective. *The Self in Emotional Distress: Cognitive and Psychodynamic Perspectives*, ZV Segal, SJ Blatt (Ed.), New York, Guilford Press, s. 334-68
- Whittle S, Chanan AM, Fornito A ve ark. (2009) Anterior cingulate volume in adolescents with first-presentation borderline personality disorder. *Psychiatric Research Neuroimaging* 172:155–60.
- Whittle S, Vijayakumar N, Dennison M ve ark. (2016) Observed measures of negative parenting predict brain development during adolescence. *PLoS One* 11:e0147774.
- Wilkinson R, Pickett K (2009) *The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone*. London, UK: Penguin Books.
- Willis F, Kuniss S, Kleindienst N ve ark. (2017) The role of nociceptive input and tissue injury on stress regulation in borderline personality disorder. *Pain* 158:479-87.
- Winsper C, Zhanarini M, Wolke D (2012) Prospective study of family adversity and maladaptive parenting in childhood and borderline personality disorder symptoms in a non-clinical population at 11 years. *Psychol Med* 42:2405–20.
- Winsper C, Wolke D, Lereya T (2015a) Prospective associations between prenatal adversities and borderline personality disorder at 11–12 years. *Psychol Med* 45:1025-37.
- Winsper C, Marwaha S, Lereya ST (2015b) Clinical and psychosocial outcomes of borderline personality disorder in childhood and adolescence: a systematic review. *Psychol Med* 45:2237–51.
- Winsper C, Lereya ST, Marwaha S (2016) The aetiological and psychopathological validity of borderline personality disorder in youth: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 44:13-24.
- Winsper C, Hall J, Strauss VY ve ark. (2017) Aetiological pathways to Borderline Personality Disorder symptoms in early adolescence: childhood dysregulated behaviour, maladaptive parenting and bully victimisation. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 4:10.
- Winsper C, Bilgin A, Thompson A ve ark. (2020) The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 216:69–78.
- Wolke D, Schreier A, Zhanarini MC ve ark. (2012) Bullied by peers in childhood and borderline personality symptoms at 11 years of age: a prospective study. *J Child Psychol Psychiatry* 53:846–55.
- Yildiz D, Ciftci A, Yalcin O (2020a) The association between trauma history, trauma-related psychopathology and treatment completion at an adolescent inpatient substance abuse treatment center in Turkey. *Journal of Child and Adolescence Substance Abuse* 29:58-67.
- Yildiz D, Ciftci A, Yalcin O (2020b) Substance use patterns, psychosocial traumas, psychiatric comorbidities, and gender differences among adolescent inpatients at an addiction treatment center. *Dusunen Adam* 33:190-202.
- Zalewski M, Stepp SD, Scott LN ve ark. (2014) Maternal borderline personality disorder symptoms and parenting of adolescent daughters. *J Pers Disord* 28:541-54.
- Zhanarini MC, Williams AA, Lewis RE ve ark. (1997) Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 154:1101-6.
- Zhanarini MC (2000) Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 23:89–101.
- Zhanarini MC, Temes CM, Frankenburg FR ve ark. (2018) Description and prediction of time-to-attainment of excellent recovery for borderline patients followed prospectively for 20 years. *Psychiatric Res* 262:40-5.
- Zhanarini MC, Temes CM, Magni LR ve ark. (2020) Risk Factors for Borderline Personality Disorder in Adolescents. *Journal of Personality Disorders* 34:17-24.

# Lityum Nörotoksitesine İkincil Gelişen Katatoni Vakası: Bir Olgu Sunumu



Anıl ALP<sup>1</sup>, Tahsin ROLLAS<sup>2</sup>, Elçin ÖZÇELİK EROĞLU<sup>3</sup>, M. İrem YILDIZ<sup>4</sup>,  
A. Elif ANIL YAĞCIOĞLU<sup>5</sup>, Berna Diclener ULUĞ<sup>6</sup>

## ÖZET

Lityum duygudurum bozukluklarının sürdürüm tedavisinde yaygın ve etkin bir şekilde kullanılan, terapötik aralığının dar olması nedeniyle dikkatli kullanılmaması durumunda toksisite belirtilerine neden olan bir ilaçtır. Lityum intoksikasyonu akut, kronik intoksikasyon ve kronik üzerine gelişen akut intoksikasyon şeklinde üç farklı tablo olarak sınıflandırılmaktadır. Nörotoksisite, kronik lityum intoksikasyonunun sık görülen bir bileşenidir ve tremor, ataksi, dizartri, diskinezi, ekstrapiramidal belirtiler, hiperrefleksi, nöbet ve status epileptikus gibi klinik bulgular şeklinde görülebilir. Bir çeşit motor düzenleme bozukluğu sendromu olan katatoni çok nadiren de olsa lityum nörotoksitesine bağlı farklı bir klinik tablo olarak ortaya çıkabilmektedir. Bu olgu bildiriminde bipolar bozukluk tanılı bir hastada, kronik lityum kullanımına ikincil gelişen nörotoksisite tablosu seyrinde ortaya çıkan katatoni belirtilerinin risk faktörleri, ayırıcı tanısı ve tedavisi tartışılacaktır. Lityum nörotoksitesinin katatoniye de içeren farklı klinik tablolar şeklinde ortaya çıkabileceği, bu tip klinik durumlarda ayırıcı tanının iyi yapılması gerektiği unutulmamalıdır. Lityum nörotoksitesinden şüphelenilmesi durumunda kalıcı nörolojik hasar oluşmasına engel olabilmek için hızlı ve uygun şekilde müdahale edilmesi gerekmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Lityum, Nörotoksisite, Katatoni

## ABSTRACT

### Catatonia Due to Lithium Neurotoxicity: A Case Report

Lithium may cause toxicity as it has a narrow therapeutic range. Lithium intoxication may manifest in the form of acute, acute on chronic and chronic intoxication. Neurotoxicity is a common component of chronic lithium intoxication and the symptoms include tremor, ataxia, dysarthria, extrapyramidal symptoms, hyperreflexia, seizures and status epilepticus. Although rare, catatonia could as a manifestation of lithium neurotoxicity. In this report, we present a patient with bipolar disorder presenting with catatonic symptoms secondary to lithium intoxication. We will discuss the risk factors, differential diagnosis and the treatment of catatonic symptoms. Lithium neurotoxicity may present with various clinical symptoms including catatonia, and differential diagnosis should be made well in such cases. If lithium neurotoxicity is suspected, rapid and appropriate intervention is required to prevent permanent neurological damage.

**Keywords:** Lithium, Neurotoxicity, Catatonia

## GİRİŞ

Lityum yineleyici depresyon ve bipolar bozukluğun sürdürüm tedavisinde yaygın olarak kullanılan etkili bir ilaçtır (Malhi ve ark. 2017). Terapötik aralığının dar olması nedeniyle oluşabilecek intoksikasyon tablosunun önüne geçmek için dikkatli kullanılması gerekmektedir (Decker ve ark. 2015). Lityum intoksikasyonu akut, kronik intoksikasyon ve kronik üzerine gelişen akut intoksikasyon şeklinde üç farklı tablo olarak sınıflandırılmaktadır (Baird-Gunning ve ark. 2017). Akut lityum intoksikasyonunda ön planda

gastrointestinal belirtiler olmak üzere, nörolojik, nefrolojik, kardiyovasküler ve endokrin belirtiler görülebilirken, kronik lityum intoksikasyonunda nefrotoksisite ve nörotoksisite daha yaygın olarak görülmektedir (El Balkhi ve Mégarbane 2017). Kronik lityum intoksikasyonunun en sık klinik bulguları ataksi, kaba tremor, dizartri, diskinezi, ekstrapiramidal belirtiler ve hiperrefleksidir (El Balkhi ve Mégarbane 2017). Lityum nörotoksitesine ile ilişkili pek çok nörolojik belirti tanımlanmış olmasına rağmen katatoni ile ilgili çok az sayıda bildirim vardır (Desarkar ve ark. 2007, Medda ve ark. 2018).

**Geliş Tarihi:** 10.01.2022, **Kabul Tarihi:** 05.05.2022, **Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 18.11.2023

<sup>1,2</sup>Asist., <sup>3,4</sup>Doç., <sup>5,6</sup>Prof., Hacettepe Üniv. Tıp Fak., Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Ankara.

**Dr. Anıl Alp, e-posta:** anil\_alp@hacettepe.edu.tr

Bu olgu sunumunda lityum intoksikasyonu seyri sırasında gelişen katatoni tablosunun ayırıcı tanısı, risk faktörleri ve tedavisi tartışılacaktır.

## OLGU

Altmış yaşında kadın hasta çökkünlük, uykusuzluk, iştah kaybı, özkıym düşünceleri ve kötülük görme sanrıları ile başvurdu. İlk yakınmalarının 1990 yılında her zamankinden daha fazla konuşma ve para harcama, aşırı hareketlilik, uyku süresinde ve uyku ihtiyacında belirgin azalma şeklinde başladığı ve bipolar bozukluk, manik dönem tanısı ile yatırılarak lityum tedavisi başlandığı öğrenilmiştir. Lityum tedavisini 2019 yılına kadar düzenli kullanan hasta, hipertansiyon tanısı konması ve bacaklarında ödem gelişmesi nedeniyle 2019 yılının başlarında lityumu düzensiz kullanmaya başladığını belirtmiştir. Lityumu düzensiz kullanmaya başlamasından kısa süre sonra çökkünlük, içe kapanma, uyku problemleri, tedirginlik, şüphecilik, sesler duyma, zarar göreceğine ve takip edildiğine dair düşünceler başladığı, bipolar bozukluk, psikotik belirtilerin eşlik ettiği depresyon dönemi tanısı ile bir psikiyatri servisine yatırıldığı ve lityum 1200 mg/gün, ketiyapin 100 mg/gün tedavisi ile belirtilerinin düzelmesinin ardından taburcu edildiği öğrenilmiştir. Hastanın takibinde plazma kreatinin düzeyinin yüksek, glomerüler filtrasyon hızının (GFR) düşük izlenmesi nedeniyle lityum tedavi dozunun 600 mg/güne düşüldüğü öğrenilmiştir. Daha sonra takiplere düzenli gitmediği öğrenilen hasta 2020'de benzer depresif yakınmaların tekrarlaması sonrasında yeniden hastanemiz psikiyatri polikliniğine başvurmuştur. Bipolar bozukluk, psikotik özellikli depresyon dönemi tanısı konulan hastaya yapılan laboratuvar tetkiklerinde plazma kreatinin düzeyi 1,47 mg/dL (referans aralığı: 0,51-0,95), GFR değeri 38 ml/min/1,73m<sup>2</sup> olarak saptanmıştır. Tedavisi lityum gün aşırı 300 mg, ketiyapin 100 mg/gün, alprazolam 1 mg/gün, mirtazapin 15 mg/gün ve trifluoperazin 1 mg/gün olacak şekilde düzenlenmiştir. Depresif belirtilerinde düzelme olmaması, özkıym düşüncelerinin bulunması nedeniyle hasta yataklı servisimize yatırılmıştır.

Servise yatışında yapılan fizik muayenesinde bilateral pretibial +1 şiddetinde gode bırakan ödem, nörolojik muayenesinde solda daha belirgin olan bilateral dişli çark rijiditesi mevcuttu. Ruhsal durum muayenesinde; duygudurumunun çökkün, duygulanımının küntleşmiş olduğu, düşünce içeriğinde kötülük görme, alınma sanrıları ve özkıym düşüncelerinin, algı muayenesinde işitme varsanılarının olduğu, hastalığına dair içgörüsünün olmadığı gözlemlendi. Herhangi bir katatoni belirtisi saptanmadı. Depresif belirtilerin nesnel değerlendirilmesi için uygulanan Türkçe formunun geçerlilik-güvenirlilik çalışması Akdemir ve ark. tarafından yapılmış Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D) puanı 35 olarak hesaplandı (Akdemir ve ark. 1996). Tam kan sayımı (TKS),

karaciğer fonksiyon testleri (KCFT) sonuçları normaldi ve kan elektrolit düzeyleri normal aralıktaydı. Böbrek fonksiyon testlerinde (BFT) kreatinin 1,49 mg/dL, GFR 37,5 ml/min/1,73m<sup>2</sup> olarak saptandı. Lityum düzeyi 0,56 mmol/L idi. Rutin idrar tetkikleri ve postero-anterior akciğer grafisi (PAAG) normaldi.

Bipolar bozukluk, psikotik özellikli depresyon dönemi tanısı ile kullanmakta olduğu lityum gün aşırı 300 mg tedavisine, olanzapin 5 mg/gün ve sertraline 25 mg/gün tedavileri eklendi. Lityum BFT bozukluğu nedeniyle kesildi. Olanzapin dozu 10 mg/güne yükseltildikten sonra nörolojik muayenesinde bradikinezi, glabellar bölgeye ritmik olarak uygulanan uyarı ile hastanın göz kırpmaya refleksi yanıtında alışmanın olmaması olarak bilinen Myerson belirtisi, tremor ve ataksik yürüyüşün olduğu, dişli çark rijiditesinde artış olduğu gözlemlendi. Takipte parkinsonizm belirtilerinin şiddeti arttı ve yönelim bozukluğu ortaya çıktı. Hastanın vücut ısı 37,8°C olarak ölçüldü, diğer temel yaşam bulguları normaldi. Plazma lityum düzeyi 0,37 mmol/L, kreatinin 1,34 mg/dL, GFR 46 ml/min/1,73m<sup>2</sup> olarak ölçüldü. TKS, KCFT, kan elektrolit düzeylerine ek olarak nöroleptik malign sendrom (NMS) ayırıcı tanısı açısından destekleyici laboratuvar bulguları olabilecek kreatinin kinaz (CK) ve myoglobulin düzeyleri çalışıldı. Bu tetkikler normal aralıktaydı. Enfeksiyon odağı sorgulamasında ve fizik muayenesinde bir bulguya rastlanmadı. Enfeksiyon Hastalıkları Bölümü'ne danışılan hasta için ilgili bölümün önerisiyle C-reaktif protein (CRP), sedimentasyon, prokalsitonin, Covid-19 PCR (Polimerase Chain Reaction) testi, tam idrar analizi, idrar kültürü ve PAAG ek tetkikleri istendi. CRP değeri 0,454 mg/dL (referans aralığı: 0-0,8), sedimentasyon değeri 8 mm/saat (referans aralığı: 0-25) olarak sonuçlandı. Yapılan diğer tetkiklerin de normal sonuçlanması üzerine enfeksiyöz bir klinik sürecin olmadığı Enfeksiyon Hastalıkları Bölümü tarafından bildirildi. Nöroloji bölümüne parkinsonizm bulguları nedeniyle danışıldı. Nöroloji bölümünün önerisiyle uygulanan beyin manyetik rezonans görüntülemeye (MRG) hafif serebral atrofi dışında başka bir bulgu saptanmadı. Elektroensefalografisi (EEG) normaldi. Hastanın izleminde ataksik yürüyüşün şiddetlendiği, trunkal ataksinin ortaya çıktığı, konuşmasının dizartrik olduğu, intansiyonel tremorun postural tremora eşlik ettiğinin gözlenmesi üzerine yeni ortaya çıkan serebellar bulgular nedeniyle hastanın tanısının lityum nörotoksitesisi olabileceği düşünülerek nöroloji bölümüne tekrar danışıldı. Olanzapin dozu 2,5 mg/güne düşüldü. Nöroloji bölümü tarafından hastada yeni ortaya çıkan nörolojik muayene bulgularının lityum intoksikasyonu ile ilişkili olabileceğinin belirtilmesi üzerine hastanın tüm psikotrop ilaçları kesildi.

Lityum atılımını hızlandırmak için serum lityum düzeyi sıfır olana kadar birisi dört, diğer üçü altı saat süren dört hemodiyaliz seansı uygulandı. Hemodiyaliz sonrasında tremor, bradikinezi, postural instabilite, dizartrik konuşma ve yönelim

bozukluğu düzeldi, Myerson belirtisi kayboldu. Ataksi, tremor ve dişli çark rijiditesi azalarak devam etti.

Hemodiyaliz tedavisi sonrasında akut olarak gelişmiş nörolojik bulguların düzelmesinin ardından hastanın klinik durumunun elverdiği en erken dönemde nörobilişsel testler yapıldı. Genel bilişsel performansı değerlendirmek için mini mental test ve modifiye mini mental test; dikkat ve yürütücü işlevleri değerlendirmek için iz sürme testi, sayı dizisi testi; sözel üretimin akış ve hızını ve çalışma belleğini değerlendirmek için sözel akıcılık testi, semantik akıcılık testi; görsel-motor işlevler ile planlama ve soyut düşünme becerilerini değerlendirmek için saat çizme testi bileşenlerinden oluşan nöropsikolojik değerlendirmede genel bilişsel performansında ve yürütücü işlevlerde hafif bozulma olduğu saptandı. Lityuma bağlı nörotoksikite bulguları devam ederken mutizm, ekopraksi, manyerizm, negativizm, içe kapanma şeklinde katatoni belirtileri ortaya çıkması üzerine lorazepam 2 mg/gün tedavisi başlandı. Hem depresif belirtiler hem de katatonik belirtiler nedeniyle elektrokonvulsif terapi (EKT) yapılmasına karar verildi. Katatoni sendromu belirtilerini tarama ölçeği olarak pratikte yaygın olarak kullanılmakta olan (Aandi Subraniyam ve ark. 2020) ve Türkçe değerlendirme formunun geçerlilik-güvenirlilik çalışması Erdoğan ve ark. tarafından yapılmış (Erdoğan ve ark. 2021) olan Bush-Francis Katatoni Değerlendirme Ölçeği (BFKDÖ) puanı 10 olarak hesaplandı. Katatoni belirtilerinin gözlemlendiği dönemde HAM-D puanı 25 idi. Katatoni belirtilerinin gözlenmesinin ardından katatoniye neden olabilecek otoimmün ensefalit ve romatolojik hastalıklar gibi çeşitli tıbbi nedenleri dışlamak için tetkikler yapıldı. Bu doğrultuda içerisinde anti-NMDA antikorunun da bulunduğu kanda limbik ensefalit paneli ve anti-nukleer antijen (ANA), anti-siklik sitrillenmiş peptid (anti-CCP), romatoid faktör (RF), anti-çift zincirli DNA (anti-dsDNA), anti-nötrofilik sitoplazmik antikor (ANCA), C3 ve C4 kompleman düzeyleri, anti-Ro, anti-La, anti-Smith, anti-ribonükleotid fosforilaz, anti-SCL70, HLA-B27, HLA-B51 tetkikleri yapıldı. Yapılan tetkiklerde herhangi bir patolojik değere rastlanmadı.

On bir seans bitemporal EKT sonrasında hem depresyon hem katatoni belirtileri düzeldi. Ölçek puanları HAM-D 1, BFKDÖ için 0 olarak hesaplandı. EKT sonlandırıldıktan sonra lamotrijin tedavisi başlanarak 200 mg/gün dozuna yükseltildi. Hasta depresyon belirtileri açısından tam iyilik hali ile taburcu edilirken ataksik yürüyüş ve her iki elde tremor biçiminde görülen nörolojik belirtiler şiddetleri azalmakla birlikte sürmekte idi. Taburculuğundan dört ay sonraki muayenesinde duygudurumunun ötimik olduğu, nörolojik muayenesinin doğal olduğu ve nöropsikolojik testlerindeki bozulmanın düzelmiş olduğu görüldü.

Hastaya klinik izlemi sürecinde uygulanmış olan nöropsikolojik testlerin sonuçları puan, Z-skoru ve değerlendirme yorumu ile birlikte Tablo-1'de gösterilmektedir.

## TARTIŞMA

Bu yazıda kronik lityum kullanımına bağlı olarak gelişen nörotoksikite tablosu sırasında katatoni belirtileri ortaya çıkan bir olgu sunulmaktadır. Hastanın servise yatışının üçüncü gününde lityum 300 mg gün aşırı, olanzapin 10 mg/gün ve sertralin 25 mg/gün tedavilerini kullanırken klinik izleminde sırayla yönelim bozukluğu, ciddi ekstrapiramidal sistem ve serebellar sistem belirtileri ortaya çıkmıştır. Belirtilerle eş zamanlı olarak ateşinin 37,8°C olarak ölçülmesi nedeniyle, deliryum ve nörolojik belirtilerin birlikte görüldüğü tablonun ayırıcı tanısında, enfeksiyon etkenleri, idiyopatik normal basınçlı hidrosefali (NBH), nöroleptik malign sendrom (NMS) ve lityum nörotoksikitesi düşünülmüştür. Laboratuvar tetkiklerinde herhangi bir anormal bulgunun saptanmaması, enfeksiyon odağı sorgulamasının ve fizik muayenenin normal olması ve Covid-19 PCR testinin normal sonuçlanması üzerine enfeksiyon etkenleri dışlanmıştır. Yine NMS'yi destekleyecek herhangi bir laboratuvar bulgusunun olmaması, ateşin kısa sürede kendiliğinden düşmesi, hastada kurşun boru rijiditesinin olmaması, otonom istikrarsızlık belirtilerinin gözlenmemesi, serebellar belirtilerin sebat etmesi üzerine NMS tanısından uzaklaşılarak lityum nörotoksikitesi tanısı konulmuştur.

Ataksik yürüyüş ve bilişsel işlevlerde bozulma göz önünde bulundurulduğunda ayırıcı tanıda NBH de akla gelmektedir. Normal basınçlı hidrosefali ventriküllerde genişleme, idrar inkontinansı, yürüme bozukluğu ve bilişsel bozulma gibi belirtilerle seyreden Hakim-Adams sendromu olarak da bilinen herhangi bir nedene ikincil gelişmezse idiyopatik NBH olarak tanımlanan klinik bir tablodur (Oliveira ve ark. 2019). Hastanın ataksik yürüyüşünün servise kabulünde gözlenmemesi, izlemde diğer nörolojik belirtilerle eş zamanlı olarak ortaya çıkması, normal basınçlı hidrosefalide genellikle karakteristik olduğu belirtilen manyetik yürüme tarzında olmaması (Fraser ve Fraser 2007), beyin MRG'de ventriküllerin normal genişlikte saptanması, eşlik eden idrar inkontinansının olmaması, takibinde nöropsikolojik testlerin ve diğer nörolojik bulgularının lityumun kesilmesi ile tamamen düzelmesi ve bir daha ortaya çıkmaması nedeniyle normal basınçlı hidrosefali tanısı düşünülmemiştir.

Lityum nörotoksikitesinde, bilinç durumunda değişiklikler; ataksi, dizartri, dismetri, intansiyonel tremor gibi serebellar belirtiler; ekstrapiramidal belirtiler, düzensiz ve kaba tremor, fasikülasyonlar, myoklonik atımlar şeklinde nöromusküler ekzitabilite; bilişsel ve yürütücü işlevlerde bozulma, uzamış nöbetler ve status epileptikus görülebilmektedir (Baird-Gunning ve ark. 2017, El Balkhi ve Mégarbane 2017). Katatoni, lityum nörotoksikitesinin bir bileşeni olarak nadiren de olsa görülebilmektedir. Alan yazın gözden geçirildiğinde şimdiye kadar lityum nörotoksikitesi ile ilişkili iki katatoni olgusu bildirimi olduğu görülmektedir (Desarkar ve ark. 2007, Medda ve ark.



**Tablo 1.** Hastaya dört ay ara ile uygulanmış olan ilk ve son nöropsikolojik testlerin sonuçları puan, z-skoru ve değerlendirme yorumu ile birlikte gösterilmektedir

|                                                     | İlk Değerlendirme |                              | Son Değerlendirme |                             |
|-----------------------------------------------------|-------------------|------------------------------|-------------------|-----------------------------|
|                                                     | Puan              | Z-skoru/ Standart Sapma (SD) | Puan              | Z-skoru/Standart Sapma (SD) |
| Nöropsikolojik Değerlendirme İçin Uygulanan Testler |                   |                              |                   |                             |
| Mini mental test                                    | 24                |                              | 28                |                             |
| Modifiye mini mental test (3MS)                     | 82                | -1,28                        | 91                | -0,18                       |
| Saat çizme testi                                    | 4                 | 0,0                          | 4                 | 0,0                         |
| İz Sürme Testleri                                   |                   |                              |                   |                             |
| İz sürme testi-A puanı                              | 139               | -4,05                        | 46                | -0,6                        |
| İz sürme testi-A formu düzeltme sayısı              | 1                 | -5,88                        | 0                 | 0,0                         |
| İz sürme testi-B puanı                              | 259               | -4,56                        | 114               | 0,1                         |
| İz sürme testi-B formu düzeltme sayısı              | 0                 | 0,0                          | 0                 | 0,0                         |
| İz sürme testi B+A puanı                            | 398               | -4,46                        | 160               | -0,17                       |
| İz sürme testi B-A puanı                            | 120               | -2,44                        | 68                | 0,5                         |
| Sayı Dizisi Testleri                                |                   |                              |                   |                             |
| Sayı dizisi toplam                                  | 8                 | -1 SD ve -2 SD aralığında    | 9                 | 0 SD ve -1 SD aralığında    |
| Sayı dizisi ileri                                   | 5                 | 0 SD ve -1 SD aralığında     | 5                 | 0 SD ve -1 SD aralığında    |
| Sayı dizisi geri                                    | 3                 | 0 SD ve -1 SD aralığında     | 4                 | 0 SD ve -1 SD aralığında    |
| Sözel Akıcılık ile İlgili Testler                   |                   |                              |                   |                             |
| Sözel akıcılık (S harfi)                            | 8                 | -1,45                        | 17                | 1,11                        |
| Sözel akıcılık (A harfi)                            | 6                 | -1,45                        | 12                | 0,05                        |
| Sözel akıcılık (Z harfi)                            | 8                 | -0,14                        | 9                 | 0,28                        |
| Semantik Akıcılık ile İlgili Testler                |                   |                              |                   |                             |
| Semantik akıcılık (hayvan)                          | 11                | -1,95                        | 15                | -1,23                       |
| Semantik akıcılık (insan)                           | 16                | -1,84                        | 21                | -1,06                       |
| Semantik akıcılık (insan-hayvan)                    | 16                | -0,79                        | 17                | -0,54                       |

Tüm sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde ilk değerlendirmede saptanmış olan hastanın genel bilişsel performansındaki hafif bozukluğun, yürütücü işlevlerindeki ve kompleks dikkatindeki hafif bozukluğun son değerlendirmede düzeldiği görülmektedir (Ayhan ve ark. 2022).

2018). İlk olgu bildirimi, 16 yaşında bipolar bozukluk tanısı ve lityum tedavisi ile izlenen, lityum düzeyi 2,22 mmol/L iken nörotoksisite tablosu gelişen; mutizm, sabit bakış, negativizm, katelepsi, stupor gibi katatoni belirtilerinin gözlemlendiği bir hasta ile ilgilidir. Bu olguda lityum tedavisinin kesildiği, kan lityum düzeyi 2,22 mmol/L iken EKT başlandı ve 5 seans EKT tedavisi ile birlikte katatoni belirtilerinin tamamen düzeldiği, diğer nörotoksisite belirtilerinin ise izlemde tamamen düzeldiği bildirilmiştir (Desarkar ve ark. 2007). İkinci olgu ise 68 yaşında bipolar bozukluğu olan ve lityum düzeyi 2,6 mmol/L iken nörotoksisite bulgularının geliştiği bir kadın hastadır. Bu olguda katelepsi, katılık, bal mumu esnekliği, sabit bakış, stereotipik hareketler, taşkınlık ve negativizm gibi katatoni belirtilerinin gözlenmesi üzerine hastanın lityum

tedavisi kesilmiş ve lityum düzeyi sıfırlandıktan sonra EKT başlanmıştır. On iki seans EKT uygulaması sonrasında katatoni belirtileri tamamen düzelmiş; dizatri, ataksi, denge kurmakta güçlük, bilişsel işlevlerde bozukluk takip eden yıllarda sekel belirtiler olarak kalmıştır (Medda ve ark. 2018). Bu iki olguda da nörotoksisite belirtileri lityum düzeyi terapötik aralığın üzerindeyken ortaya çıkmıştır. Bizim olgumuzda olduğu gibi lityum nörotoksisitesi belirtilerinin lityum düzeyi teröpatik aralıktayken de ortaya çıkabildiği bildirilmektedir (Arya 1996, Emilien ve Maloteaux 1996, Grueneberger ve ark. 2009, Baird-Gunning ve ark. 2017, Soni 2019). Hemodiyaliz uygulaması sonrasında hastanın tremor, bradikinezi, postural instabilite, Myerson belirtilerinin tamamen yok olması, ataksi ve dişli çark rijiditesi belirtilerinin şiddetinin azalması, bu

hastada görülen nörolojik belirtilerin lityum nörotoksitesiy-le ilişkili olduğunu desteklemektedir.

Katatonî duygudurum epizodları sırasında ortaya çıkabilen bir sendrom olmasına rağmen, bu hastanın uzunlamasına izlemindeki herhangi bir duygudurum döneminde ve son depresif dönemdeki başvurusu sırasında herhangi bir katatonî belirtisi saptanmamıştır. Hastada katatonî belirtilerinin ortaya çıkışı lityum nörotoksiste tablosunun yerleşmesinden sonra olmuştur. Katatonî belirtilerinin bu depresyon döneminde ortaya çıkışının zamanlaması ve geçmiş duygudurum dönemlerinde katatonînin olmaması yeni ortaya çıkan katatonînin duygudurum döneminin bir bileşeni olmaktan çok lityum nörotoksitesiy ile ilişkili olabileceğini desteklemektedir. Ancak, duygudurum bozukluğunun varlığı lityum nörotoksitesiy sırasında katatonînin ortaya çıkmasına katkıda bulunmuş olabilir, bu durum tamamen dışlanamaz. Diğer bir olgu bildiriminde belirtildiği gibi bu olguda da katatonik belirtiler lorazepam ve EKT ile tedavi edilmiştir (Medda ve ark. 2018). Santral sinir sistemindeki (SSS) yüksek lityum düzeyleri ile EKT uygulanmasının deliryuma ve uzamış nöbetlere yol açabildiği bilinmektedir (Baird-Gunning ve ark. 2017, Medda ve ark. 2018). Bu nedenle bu olguda EKT uygulamasına başlamak için serum lityum düzeyinin sıfıra düşmesi beklenmiştir.

Kadın cinsiyet ve ileri yaş lityum nörotoksitesiy gelişimi için risk faktörleridir (Adityanjee ve ark. 2005, D'Souza ve ark. 2011). Epilepsi, bilişsel bozukluk, EEG'de anormallik (Kores ve Ladder 1997), intoksikasyon öncesi dönemde duygudurum belirtilerine eşlik eden psikotik belirtiler ve anksiyete belirtilerinin varlığı ve lityumun şizoafektif bozukluk ve bipolar bozukluk nedeniyle kullanılıyor olması diğer risk faktörleridir (West ve Meltzer 1979). Lityumun presinaptik dopamin salınımını azaltıyor olması ve antipsikotiklerin dopamin-2 reseptörlerini bloke etmesi nedeniyle lityum ve antipsikotiklerin kombine kullanımları nörotoksiste riskini artırmaktadır (Boora ve ark. 2008). Bizim olgumuzda olanzapinin lityum tedavisine eklenmesi nörotoksisteyi tetikleyen risk faktörlerinden biri olmuştur. Bu olguyu uzun dönemli lityum kullanımına bağlı kronik lityum nefrotoksitesiy zemininde gelişen akut lityum nörotoksitesiy olarak değerlendirmek uygun bir yaklaşım olacaktır. Olgumuzda ileri yaş, kadın cinsiyet, bipolar bozukluk tanısı, psikotik belirtilerin varlığı, kronik böbrek hastalığı eş tanısı ve birlikte olanzapin kullanımı lityum nörotoksitesiy gelişimini kolaylaştırmıştır. Bu hastada lityum nörotoksitesiy kliniğini düzeltmek için tedavide hemodiyaliz yöntemi uygulanmıştır. Üçü 6 saat olmak üzere toplamda dört hemodiyaliz seansı ile birlikte nörolojik belirtilerde önemli ölçüde düzelme olmuştur. Alan yazında lityum intoksikasyonunda hemodiyaliz seansı sürelerinin en az 6 saat olarak uygulanması önerilmektedir (Decker ve ark. 2015). Bu olgunun

hemodiyaliz uygulamasında alan yazında önerilen yaklaşımlara uyulmuştur.

Serum lityum düzeyi lityum nörotoksitesiy için başka bir belirleyicidir, fakat lityum nörotoksitesiyinin terapötik aralıkta da görülebileceği akılda tutulmalıdır. Uzun süreli tedavilerde lityum beyin dokusunda birikebilir ve serebrospinal sıvıya geçişi geç ve yavaşça olabilir (Baird-Gunning ve ark. 2017). Bu olguda lityum ve olanzapin tedavilerinin kesilmesine rağmen nörotoksitesiyinin ortaya çıkmasının ve devam etmesinin serebrospinal sıvıya yavaş ve geç geçişi ile ilgili olduğu düşünülmüştür.

Ateş, lityum nörotoksitesiyinin bir bileşeni olabileceği gibi SSS'nin farklı yerlerinde protein koagülasyonunu uyararak nörotoksiste gelişimi için risk de oluşturabilir (Adityanjee ve ark. 2005). Bu olguda nörotoksiste geliştiğinde kısa süreli bir ateş yanıtı olmuş, eşlik eden konfüzyon hali enfeksiyon, romatolojik hastalıklar ve NMS'nin ayırıcı tanıda düşünülme gerekliliğini doğurmuştur. Hasta bu doğrultuda ilgili bölümlere danışılmıştır. Olgu sunumunda detaylı olarak belirtilen testlerin normal sonuçlanması, muayenede anormal bulgu saptanmaması, ailede romatolojik hastalık öyküsü olmaması nedeniyle enfeksiyon hastalıkları ve romatolojik hastalıklar dışlanmıştır. Kreatin kinaz ve lökosit değerlerinin normal olması, hastanın subfebril ateş değerinin kendiliğinden saatler içerisinde gerilemesi ve bir daha gözlenmemesi, saptanmış olan dişli çark rijiditesi dışında hiçbir zaman kurşun boru rijiditesi olmaması, otonom istikrarsızlık bulgularının gözlenmemesi nedeniyle NMS tanısından da uzaklaşmıştır.

Lityumun kesilmesinden sonra 2 ay süre geçmesine rağmen lityum nörotoksitesiy belirtilerinin düzelmemesi alan yazında Geri Dönüşsüz Lityum Nörotoksitesiy Sendromu (SILENT) olarak tanımlanmıştır (Adityanjee ve ark. 2005). Doksan SILENT olgusunun değerlendirildiği gözden geçirmede lityum kesilmesinden sonra ilk yıl içinde SILENT tablosu düzelen hastaların sayısının oldukça az olduğu bildirilmiştir (Adityanjee ve ark. 2005). Bu olguda görülen nörotoksiste belirtilerinden denge kurmakta güçlük, ataksik yürüyüş, tremor ve bilişsel bozulma lityumun kesilmesinden altı ay sonraya kadar devam etmiş, altıncı aydaki kontrolünde tamamen düzelmiş olduğu görülmüştür. Bu açıdan bakıldığında bu olgu izlemde düzelen az sayıdaki Geri Dönüşsüz Lityum Nörotoksitesiy Sendromu (SILENT) olgularından biridir.

Sonuç olarak katatonî tablosunun, nadiren de olsa lityum nörotoksitesiyinin klinik bulgularından biri olarak görülebileceği, lityum tedavisi gören hastalarda, katatonî dâhil lityum nörotoksitesiyiyle ilişkili olabilecek nörolojik belirtilerin görülmesi durumunda kalıcı nörolojik hasar oluşmasına engel olabilmek için hızlı ve uygun şekilde müdahale edilmesi gerektiği akılda tutulmalıdır.

## KAYNAKLAR

- Aandi Subramaniyam B, Muliya KP, Suchandra HH ve ark. (2020) Diagnosing catatonia and its dimensions: Cluster analysis and factor solution using the Bush Francis Catatonia Rating Scale (Bfcrs). *Asian J Psychiatr* 52:102002.
- Adityanjee, Munshi KR, Thampy A (2005) The Syndrome of Irreversible Lithium-Effectuated Neurotoxicity. *Clin Neuropharmacol* 28:38-49.
- Akdemir A, Örsel DS, Dağ İ ve ark. (1996) Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği- güvenirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi* 4:251-9
- Arya DK (1996) Lithium-induced neurotoxicity at serum lithium levels within the therapeutic range. *Aust N Z J Psychiatry* 30:871-3.
- Ayhan Y, Akbulut BB, Şişman AH ve ark. (2022) Psinorm: A fast, efficient and free open-source software for interpreting, reporting and archiving neuropsychological test results. *Türk Psikiyatri Derg* 33: 255-62.
- Baird-Gunning J, Lea-Henry T, Hoegberg LCG ve ark. (2017) Lithium poisoning. *J Intensive Care Med* 32:249-63.
- Boora K, Xu J, Hyatt J (2008) Encephalopathy with combined lithium-risperidone administration. *Acta Psychiatr Scand* 117:394-5.
- D'Souza R, Rajji TK, Mulsant BH ve ark. (2011) Use of lithium in the treatment of bipolar disorder in late-Life. *Curr Psychiatry Rep* 13:488-92.
- Decker BS, Goldfarb DS, Dargan PI ve ark. (2015) Extracorporeal treatment for lithium poisoning: Systematic review and recommendations from the extrip workgroup. *Clin J Am Soc Nephrol* 10:875-87.
- Desarkar P, Das A, Das B ve ark. (2007) Lithium toxicity presenting as catatonia in an adolescent girl. *J Clin Psychopharmacol* 27:410-2.
- El Balkhi S ve Mégarbane B (2017) Lithium toxicity: Clinical presentations and management. Editörler: Malhi GS, Masson M, Bellivier F. *The Science and Practice of Lithium Therapy*. Cham: Springer International Publishing, s. 277-92.
- Emilien G, Maloteaux JM (1996) Lithium neurotoxicity at low therapeutic doses hypotheses for causes and mechanism of action following a retrospective analysis of published case reports. *Acta Neurol Belg* 96:281-93.
- Erdogan IM, Aytulun A, Avanoğlu KB ve ark. (2022) Bush Francis Katatoni Değerlendirme ve KANNER Katatoni Ölçeklerinin Türkçe Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* <https://doi.org/10.5080/u27064> (baskıda).
- Fraser JJ ve Fraser C (2007) Gait disorder is the cardinal sign of normal pressure hydrocephalus: A case study. *J Neurosci Nurs* 39:132-4.
- Grueneberger EC, Maria Rountree E, Baron Short E ve ark. (2009) Neurotoxicity with therapeutic lithium levels: A case report. *J Psychiatr Pract* 15:60-3.
- Kores B ve Lader MH (1997) Irreversible lithium neurotoxicity: An overview. *Clin Neuropharmacol* 20:283-99.
- Malhi GS, Gessler D, Outhred T (2017) The use of lithium for the treatment of bipolar disorder: Recommendations from clinical practice guidelines. *J Affect Disord* 217:266-80.
- Medda P, Succi C, Toni C ve ark. (2018) Neurological deficits after lithium intoxication in a bipolar woman with catatonia treated with ECT. *J Clin Psychopharmacol* 38:405-7.
- Oliveira LM, Nitrini R, Román GC (2019) Normal-pressure hydrocephalus: A critical review. *Dement Neuropsychol* 13:133-43.
- Soni S (2019) Lithium neurotoxicity presenting as dementia with therapeutic serum lithium levels. *BMJ Case Rep* 12.
- West AP ve Meltzer HY (1979) Paradoxical lithium neurotoxicity: A report of five cases and a hypothesis about risk for neurotoxicity. *Am J Psychiatry* 136:963-6.

## Olgu Sunumu: Tourette Sendromunda İkinci Düzey Kontrast Duyarlılığı



Otávio Corrêa PÍNHO<sup>1</sup>, Marcelo Fernandes da COSTA<sup>2</sup>, Givago da Silva SOUZA<sup>3</sup>

### ÖZET

Gilles de la Tourette Sendromu (GTS), motor veya vokal tikler ile karakterize nöropsikiyatrik gelişimsel bir hastalıktır. Vakaların oftalmolojik muayenelerinde göz yapılarında herhangi bir değişikliğe rastlanmaz. Görme alanı değerlendirmelerinde, merkezi görme alanı hassasiyetinde azalma gözlemlenir. Bu popülasyonun görme işlevleri üzerine yürütülen az miktarda çalışma olması nedeniyle bu olgu sunumunun amacı, görme şikayetleri olmayan bir GTS hastasının ikinci düzey görüş için kontrast duyarlılığında önemli değişiklikler olduğunu göstermektir. Bu azalma, beyaz gürültü taşıyıcısıyla test edilen tüm uzay frekanslarındaki kontrast duyarlılığı ölçümlerinde gözlemlenmiştir. Pembe gürültü taşıyıcılı birinci ve ikinci düzeyde uyarıcılarda ortalama kontrast duyarlılığı normal bulunmuştur. Birçok lokal parlaklık bileşeninin rol oynadığı ve dolayısıyla lokal ve lateral inhibisyona dayanan beyaz gürültü taşıyıcılı ikinci düzey kontrast duyarlılığı, spesifik görüntü işleme mekanizmalarının etkilendiğini göstermektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Tourette Sendromu, Kontrast Duyarlılığı, Kontrast Psikofizik Kanalları, İkinci Düzey Algı

### ABSTRACT

#### Case Report: Second-order Contrast Sensitivity in Tourette Syndrome

Gilles de la Tourette Syndrome (GTS) is a neuropsychiatric developmental disease, characterized by motor and vocal tics with no changes in the ocular structures in the ophthalmological evaluations. The visual field evaluations suggest a reduction in central visual field sensitivity. The studies on visual function in this population is scarce. In this case report we present a patient with GTS who has significant alterations in the measure of contrast sensitivity for second order vision without any vision complaints. This reduction occurred in the measure of contrast sensitivity with a white noise carrier for practically all tested space frequencies. The mean contrast sensitivity for first and second-order stimuli with a pink-noise carrier was normal. The second order contrast sensitivity with a white noise carrier is dependent on local and lateral inhibition since it includes many local luminance components. The existence of this sensitivity suggests that specific visual processing mechanisms are affected.

**Keywords:** Tourette Syndrome, Contrast Sensitivity, Contrast Psychophysical Channels, Second-Order Perception

### GİRİŞ

Gilles de la Tourette Sendromu (GTS) klinik özelliği tik olarak adlandırılan ve vücudun tek veya birden fazla bölümünde tekrarlayan ancak ritmik olmayan paternize stereotipik hareketler gibi kontrol edilemeyen çoklu motor veya vokal davranışlarla karakterize nöropsikiyatrik gelişimsel bir hastalıktır. En az 1 yıl boyunca devam eden bu tikler 18 yaşından önce ortaya çıkar (Dale 2017). Vokal ve motor tiklerin şiddeti, sıklığı, değişimi ve lokalizasyonu bireylere özgüdür ve klinik spektrum son derece karmaşıktır. Gilles de la Tourette Sendromu 3:1 oranıyla erkeklerde daha sık görülmektedir (Cavanna ve ark. 2020). Kompulsiyon ve motor tiklerin yanı sıra koprofonema

(uygunsuz sözlü jest ve ifadeler), ekofonema (jest ve ifadelerin taklidi) ve diğer sosyal açıdan uygunsuz müstehcen olmayan davranışlar da görülmektedir (Cox ve ark. 2018).

Kortikal bölgede striatum adı verilen ve hareketleri kontrol eden bir bazal ganglia bulunmaktadır. Bu bölge her ikisi de dorsal striatumun bir parçası olan kaudat çekirdeğin ve putamenin birleşim noktasıdır. Bu bölge Anterior perforated substans ile anterior komissür arasında lokalizedir, işlevsel kontrollerden sorumludur ve bozulmuş duyuşal entegrasyonu, motor planlamayı, yürütme ve ödül sistemini yönetir (Beste ve ark. 2016, Dale 2017). GTS vakalarında görülen duyuşal değişimler yeterince raporlanmamış olup çalışmalar somatosensoriyel değişikliklere odaklanmıştır. GTS hastaları

**Geliş Tarihi:** 17.08.2021, **Kabul Tarihi:** 18.07.2022, **Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 18.12.2023

<sup>1,2</sup>Dr. Öğr. Üyesi, São Paulo Üniv., Deneyel Psikoloji Bl.; <sup>3</sup>Dr. Öğr. Üyesi, Federal Pará Üniv. Tropikal Tıp Merkezi, Brezilya.

**Dr. Otávio Corrêa Pinho, e-posta:** otavio.pinho@usp.br

sıklıkla motor hareketlerden önce görme veya koku gibi diğer duylarda premonituar aşırı hassasiyet bildirmektedir (Beste ve ark. 2016).

Klinik oftalmolojik değerlendirmelerde oküler yapılarda veya görme keskinliği tanıma ölçümlerinde (Tatlipinar ve ark. 2001, Kovacich 2008) ve görme alanındaki ışık algılama ölçümünde (Whitefield ve ark. 1995, Enoch ve ark. 1989) değişiklik saptanmamakta ve medikal-oftalmolojik açıdan normal olarak sınıflandırılmaktadır. Ancak görme keskinliğinin yanı sıra işlevsel görsel algı ölçümlerinde farklı sonuçlar bulunmuştur.

Yapılan bir çalışmada GTS'li yetişkinlerde ve çocuklarda renk tonu sıralama görevindeki kromatik ayırt etme düzeyinde mavi-sarı ekseninde azalma, yeşil-kırmızı ekseninde normal ayırt etme düzeyi saptanmıştır (Melun ve ark. 2001). Yazarlar renk görüşündeki değişikliklerle retinal dopamin yolundaki değişiklikler arasında bir ilişki olduğunu öne sürmüşlerdir. Yüz algısı gibi diğer görme fonksiyonları da TS'li hastalarda değişmiştir (Rae ve ark. 2018). Bu çalışmada yazarlar Fonksiyonel Manyetik Rezonans ölçümünde yeterli amigdala aktivitesi ile korelasyon göstermenin yanı sıra nötr ve kızgın yüzlerin duygu algısında bir fark saptamışlardır. Bununla birlikte yazarlar GTS şiddeti ile insular korteksin V1, V2, V4 ve V5/MT görsel alanlarıyla işlevsel bağlantı ölçümünün arasında yüksek bir pozitif korelasyon bildirmişlerdir. Birkaç çalışma görme sistemindeki işlevsel değişikliklerin hem basit duyuşal işlevler (V1 ve V2) hem de karmaşık işlevlerde (V4 ve V5/MT) meydana gelebileceğini göstermiştir. Görmedeki değişiklikler hastalığın patofizyolojik mekanizmalarının anlaşılmasına yardımcı olabilir. Bu nedenle bu çalışmada GTS'li genç bir hastanın birinci ve ikinci düzey parlaklık kontrastının uzamsal kontrast duyarlılığının değerlendirildiği bir vaka raporu sunulmaktadır. Bu ölçümlerin seçilme nedeni patofizyolojik mekanizmaların iyi tanımlanmış olması ve birinci düzey kontrasta karşı duyarlılığın başta V1 olmak üzere görme yollarının Magnoselüler ve Parvoselüler gruplarının işlenmesiyle ilişkili olmasıdır (Campbell ve ark. 1968, Baker ve ark. 2001). Esrar kullanıcılarında yapılan son çalışmalar birinci düzey kontrast duyarlılığındaki azalmanın glutamat ve GABA nöronları da dahil olmak üzere glutamaterjik nörotransmisyonadaki bir bozulmadan kaynaklandığını göstermektedir (Lalane ve ark. 2017). Beyaz gürültü taşıyıcısıyla modüle edilen ikinci düzey kontrast duyarlılık ölçümleri V2 görme alanında işlenirken pembe gürültü taşıyıcısıyla modüle edilen ikinci düzey kontrast duyarlılık ölçümleri V4 görme alanında işlenmektedir (Schofield ve ark. 2003, Callaway 2004, Yang ve ark. 2019). Ayrıca bu ölçümler Alzheimer hastalığı (Crow ve ark. 2003), Duchenne Muskuler Distrofisi (Costa ve ark. 2005, Costa ve ark. 2011), mesleki cıva buharı zehirlenmesi (Costa ve ark. 2008) ve Otizm Spektrum Bozukluğu (Svetozarskiy 2019) gibi çeşitli nörolojik ve psikiyatrik

hastalıklardaki spesifik değişiklikleri tespit etmeyi sağlayan etkili biyobelirteçlerdir.

Somut bir örnek vermek gerekirse beyaz duvarlı temiz bir odada bir sivrisineği bulmak kolay olacaktır ancak Amazon ormanında bu sivrisineği bulmak çok daha zor olacaktır.

Beyaz gürültü ikili bir gürültüdür; bu tür gürültü üretmek için (0,1,0) şeklinde ifade edilebilecek bir fonksiyon üzerinden uyaran yaratılmalıdır. Böylelikle yayın sinyali olmayan bir televizyon ekranında görülene benzer bir görüntü oluşur. Bu gürültü türü söz konusu olduğunda görme sistemi düşük frekanslara karşı daha hassastır (0,5-1cpG). Pembe gürültü üretmek için uyaran Fourier dönüşümüne tabi tutulur ve 1/f dağılımı elde edilir. Bu durum gürültüye dokulu bir yapı kazandırır. Bu gürültü türü yüksek frekanslara (4-8cpG) karşı daha hassastır (Schofield ve ark. 2003).

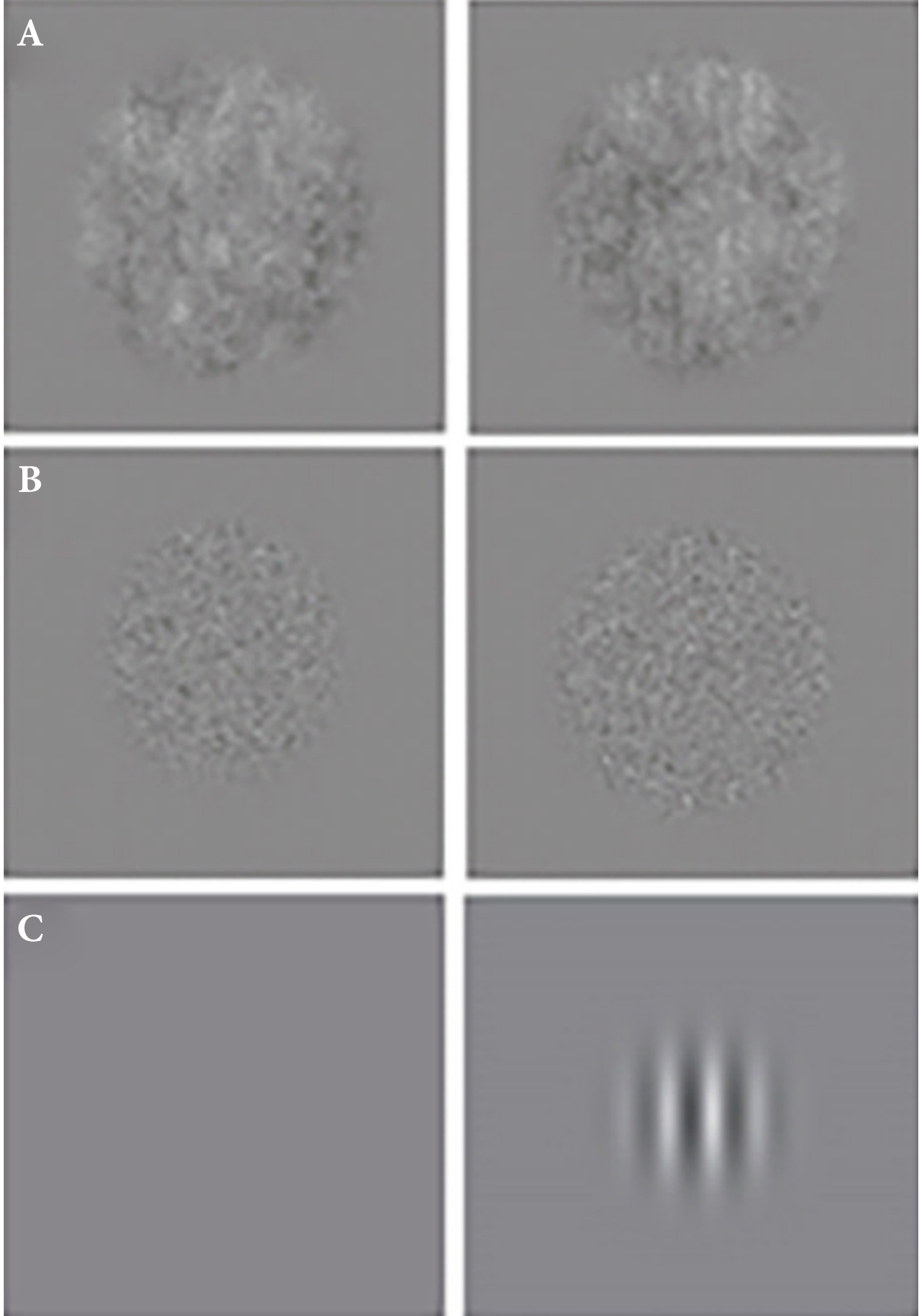
## OLGU

### Hasta Öyküsü

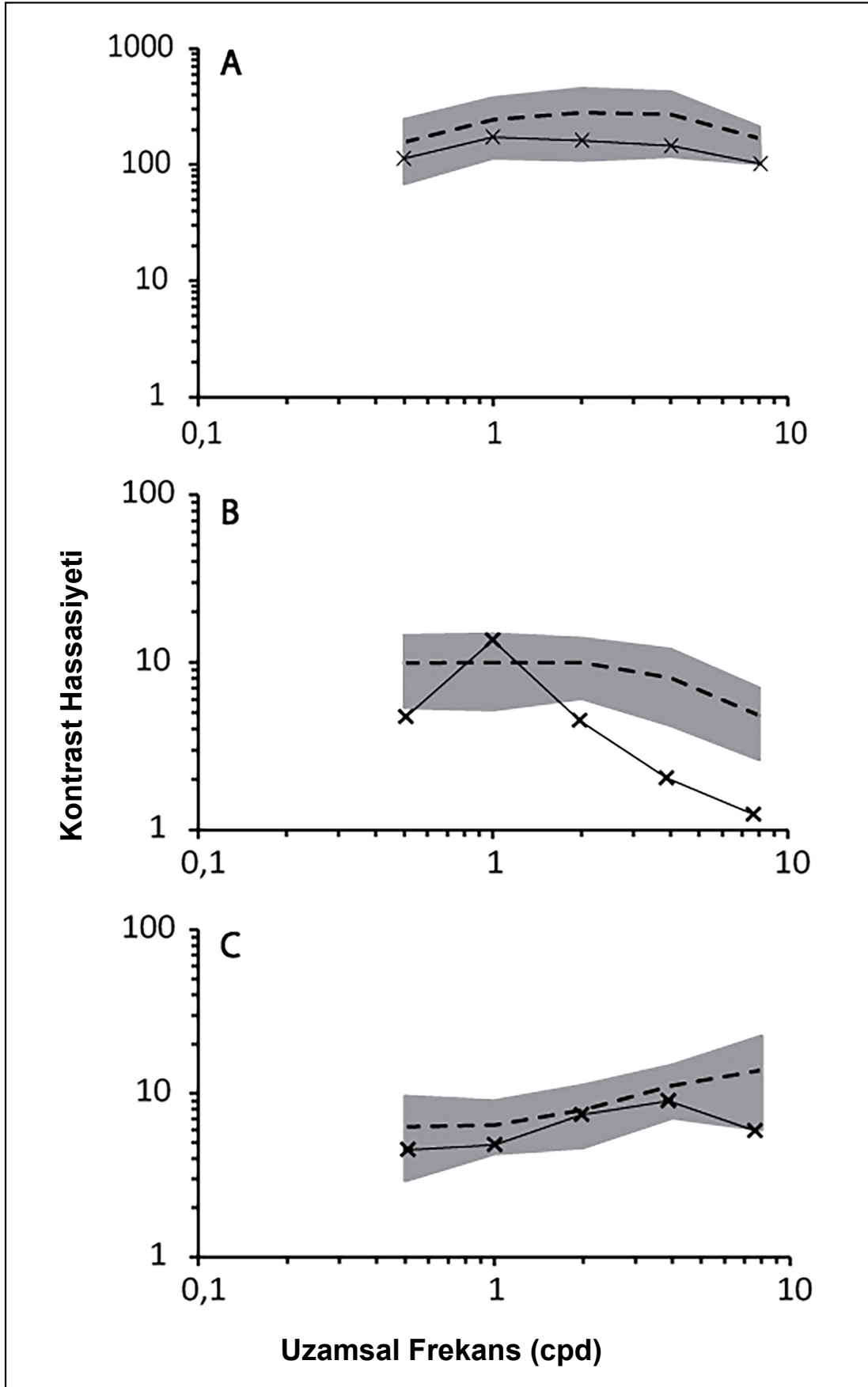
Çocukluk çağında Gilles de La Tourette Sendromu tanısı almış ve psikoloji öğrencisi olan 20 yaşındaki kadın hasta CMSM reddettiği için herhangi bir ilaç kullanmamakta, görme keskinliği ve görme alanı normal olup oftalmik şikayetleri yoktur. Yale Genel Tik Ağırliğini Değerlendirme Ölçeğinde (YGTADÖ) mevcut motor ve vokal tikler sayısı, sıklık, şiddet, karmaşıklık ve engellenme olmak üzere 5 boyutta değerlendirilip 0-5 arasında puanlanmaktadır. Bu sonuçlar toplanarak 0-25 arasında değişen ayrı motor ve vokal tik şiddeti skorları ve 0-50 arasında değişen birleşik toplam tik şiddeti skoru elde edilir. 0-50 arasında puanlanan bu ölçek son haftada tikle bağlantılı yeti yitimini ölçmektedir.

Hastanın YGTADÖ ölçeğinde motor tik şiddet skoru 13, vokal tik şiddet skoru 7, toplam tik şiddeti 20 olarak tespit edilmiştir. Hastanın bildirdiği bozukluk minimum düzey olarak değerlendirilmiştir. Önceki haftada bildirilen basit motor tikler; göz kırpması, göz hareketleri, yüz buruşturma, ağız hareketleri, baş-el-omuz kol ve bacak hareketleri ve karın kaslarının kasılmasıdır. Bildirilen kompleks motor tikler; yalnızca yazma tikleri, vücudun bükülmesi ve döndürülmesidir. Mevcut basit fonik semptomlar ise ses ve gürültü çıkarmadır. Yakın zamanda kompleks semptom görülmemiştir.

Bu çalışma Psikoloji Enstitüsü İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından onaylanan Psikofiziksel Ölçümlerin Geliştirilmesi Araştırma Projesine aittir (CAAE: 66767317.5.0000.5561). Katılımcıdan bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Çalışma 1964 Helsinki Deklarasyonu ve sonraki güncellemelerine uygun olarak yürütülmüştür. Çalışma ayrıca olgu sunumu kılavuzları - CARE protokolüne (Gagnier ve ark. 2013, Riley ve ark. 2017) uygun olarak yürütülmüştür.



**Şekil 1.** Deneyde sunulan uyarılardan bir örnek. A'da, soldan sağa sırasıyla pembe gürültü taşıyıcılı düşük uzamsal frekans ve orta uzamsal frekans. B'de, beyaz gürültü taşıyıcılı düşük uzamsal frekans ve orta uzamsal frekans; C'de, birinci düzey kontrast duyarlılığı olan parlaklık gratingi ve tek tip gri arka plan.



**Şekil 2.** Kontrast duyarlılığı fonksiyon sonuçları. Gri alan normal aralık, kesikli siyah çizgi her bir uzamsal frekans için ortalama kontrast duyarlılığıdır. "X" işaretli siyah çizgi TS hastasının sonucudur. A'da 1. düzey kontrast duyarlılığı sonuçları; B'de beyaz gürültü taşıyıcılı kontrast duyarlılığı sonuçları ve C'de beyaz gürültü taşıyıcılı kontrast duyarlılığı sonuçları yer almaktadır. Beyaz gürültü taşıyıcı koşulunda, neredeyse tüm uzamsal frekanslar normal sınırların altındadır.

## YÖNTEM

Beyaz gürültü ve pembe gürültü taşıyıcıları aracılığıyla kontrast modülasyonu kullanarak hem 1. hem de 2. düzeyden uyarıları içeren üç farklı stimülasyon koşulu altında parlaklığa dayalı uzamsal kontrast duyarlılığı değerlendirilmiştir. 1. düzey ölçümü Parvoselüler (8.0cpg) ve Magnoselüler (0.5 ve 1.0cpg) fizyolojik yollarıyla ilişkili psikofiziksel uzamsal işlevlerin incelenmesine olanak tanıyan saf uyarıları değerlendirmeyi amaçlamaktadır (Niemeyer ve ark. 2017).

2. düzey ölçümleri iki türe ayrılır: beyaz gürültüyle taşınan uzamsal frekanslar (yüksek frekanslı bileşenlerden gelen parazit) ve pembe gürültüyle taşınan uzamsal frekanslar (parazit genliği uzamsal frekansla ters orantılıdır). Bu uyarın koşullarının önemli farkı 2. düzey uyarıların eşğin üzerinde bir kontrast faktörüne ayarlanmış taşıyıcılara sahip olmasıdır bu da hassasiyetteki herhangi bir 2. düzey kaybın daha az tespit edilebilir bir taşıyıcının sonucu olmadığını bilmesini sağlamaktadır (1. düzey kayıp gibi) (Spiegel ve ark. 2016). Beyaz gürültü modülasyonu ağırlıklı olarak V1 ve V2 alanlarında pembe gürültü modülasyonu ise ağırlıklı olarak V4 alanında işlenmektedir. Bu üç uyarın arasındaki fark Şekil 2’de gösterilmiştir. Tüm uyarınlar 60 cm’lik bir test mesafesinden 6°’lik bir görsel açıyı kapsamaktadır.

Her üç uyarım koşulunda da test edilen uzamsal frekanslar; düşük frekanslar (0,5 cpd ve 1,0 cpd) orta frekanslar (2,0 cpd 4,0 cpd) ve yüksek frekanslar (8,0 cpd) (görüş açısı derecesi başına döngü) içermektedir. Kontrast duyarlılığı eşikleri doğru yanıtın sonra kontrastta %12,5’lik azalma ve yanlış yanıtın sonra kontrastta %25’lik artış olacak şekilde asimetrik bir kontrast değişikliğini temel alan basit bir merdiven psikofizik prosedürü (1up:1down) kullanılarak ölçülmüştür. Doğru yanıtlar nihai kontrastın %74,7’sine karşılık gelmektedir. Testler doğrulanmış ve Şekil 1’deki gri alanlarda gösterilen genç yetişkin popülasyonu için normal sınırlar tanımlanmıştır (*basıkıda*). 1. düzey kontrast duyarlılığı ölçümlerini 2. düzey ölçümleri takip etmiş ve bu ölçümler aynı gün içinde binoküler görüş durumunda karanlık bir odada ölçümler arasında 10 dakikalık bir dinlenme süresiyle toplam 60 dakika olacak şekilde gerçekleştirilmiştir.

## BULGULAR

Pembe gürültü taşıyıcısı ile ölçülen 1. düzey ölçüm ve 2. düzey kontrast duyarlılığı normal sınırlar içindeydi (Şekil 2A ve 2C). Ancak beyaz gürültü taşıyıcısı 2. düzey kontrast duyarlılığı ölçümlerinde düşük (0,5 ve 1,0 cpd), orta (2,0 cpd) ve yüksek (8,0 cpd) uzamsal frekanslarda kontrast duyarlılığında ciddi bir azalma gözlenmiştir. Yalnızca 4 cpd’de beyaz gürültü taşıyıcısı kullanılarak ölçülen kontrast duyarlılığı kontrol grubunun normal aralığına ulaşmıştır. Bu sonuçlar Şekil 2’de çizgi olarak gösterilmiştir.

## TARTIŞMA

Bu olgu sunumu TS hastamızda pembe gürültü taşıyıcısı ile normal, birinci ve ikinci düzey kontrast duyarlılığı tespit edildiğini göstermekle beraber beyaz gürültü taşıyıcısı ile ikinci düzey kontrast duyarlılığında spesifik bir azalma olduğunu kanıtlamıştır. Bireysel bir ölçüm olmasına rağmen bu popülasyonda kontrast duyarlılığı ölçümlerinin sonuçlarını bildiren ilk çalışmadır ancak görsel bilginin işleyişinin daha fazla araştırılması gerektiğine dikkat çekmektedir. Bu çalışmada elde edilen bulgular görsel bilgi düzeninin belirli rollerini vurgulamakta olup uzamsal görme işlevinin altında yatan fizyolojik süreçlere ışık tutabilir.

Görmenin duyuşal yönleri göz önüne alındığında Gilles de la Tourette Sendromlu hastalar görme keskinliği de dahil olmak üzere oftalmolojik olarak normal kabul edilmiştir (Tatlipinar ve ark. 2001, Kovacich 2008), ancak daha önce yapılan bazı işlevsel çalışmalarda hastaların görsel perimetrisinde değişiklikler tespit edilmiştir. Manuel görsel perimetri ölçümlerinin kullanıldığı bu çalışmalardan birinde (Enoch ve ark. 1989) görme alanlarının merkez bölgelerinde görme alanının periferine kıyasla (görme alanının 30°’sinden fazlası) ışık algılama hassasiyetinin azaldığı gösterilmiştir. Otomatik ölçümlerin kullanıldığı ve görme alanının 24°’lik merkezinde gerçekleştirilen bir başka çalışmada 12 GTS hastası ile 12 yaş eşleşmeli kontrolün test sonuçları arasında istatistiksel bir fark tespit edilmemiştir. Bununla birlikte yazarlar GTS hastalarında hassasiyetin çoğunlukla daha düşük olduğunu vurgulamışlardır (Whitefield ve ark. 1995).

11 GTS hastasında renk görme renk algılama performansını değerlendirmek üzere tasarlanmış renk kapakları sıralama görevi Farnsworth-Munsell 100 hue kullanılarak değerlendirilmiştir (Melun ve ark. 2001). Puan verileri birbirine zıt kırmızı-yeşil ve mavi-sarı eksenlerinde düzenlenmiştir. Sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında mavi-sarı ekseninde önemli ölçüde daha yüksek puanlar (renk sıralamasında daha düşük performans) elde edilmiştir. Yazarlar Parkinson hastalarında elde edilen bazı sonuçlara dayanarak bu bulguların renk görmeyi düzenleyen retinal dopaminerjik mekanizmalara bağlı olduğu sonucuna varmışlardır. Ancak yukarıdaki sonuç tek başına durumu açıklamaya yetmemektedir zira dopamin ganglion hücre düzeyinde retinanın yapısında önemli bir role sahip olsa da birincil ON-OFF mekanizması glisinerjik ve glutamaterjik sistemlerce kontrol edilen bipolar hücre düzeyinde gerçekleşmektedir (Beaudoin ve ark. 2008, Brandies ve ark. 2008, Archibald ve ark. 2009).

Çalışmamızda pembe gürültü taşıyıcısına gömülmüş 1. düzey ve 2. düzey kontrast duyarlılık ölçümlerinden normal sonuçlar elde edilmiştir. Ancak beyaz gürültü taşıyıcısına gömülmüş 2. düzey ölçümlerinde uzamsal frekansların geniş bandında bariz bir azalma gözlemlenmiştir. Bu farklı sonuçlar farklı



düzeylerde uzamsal kontrast işleme bozukluğunu gösteriyor olabilir. Hücre devresinin lineer filtresi primer görsel korteks-teki birinci düzey kontrast duyarlılığını düzenler (Campbell ve ark. 1968). İkinci düzey mekanizmalar da son zamanlarda incelenmiş ancak birinci düzeyden daha karmaşık oldukları anlaşılmıştır. Modelleme çalışmaları lineer filtrelerin ikinci düzey kontrast stimülasyonunda farklı kombinasyonlarla çalıştığını öne sürmektedir. Ayrıca yakın tarihli çalışmalar beyaz ve pembe gürültü taşıyıcılı kontrast duyarlılığının farklı mekanizmalarla sunulsa bile modüle edilen profili işleyebildiğini göstermiştir. Beyaz gürültüyle modüle taşıyıcıdaki lokal kontrastın varlığı pembe gürültü taşıyıcılarınca yalnızca ikinci düzeyin uyarıldığı senaryonun aksine hem birinci hem de ikinci düzey mekanizmaların uyarıldığını göstermektedir. Beyaz gürültü taşıyıcılı uyaranların görüntülerdeki lokal parlaklık değişimlerini tespit etme ne kadar etkili oldukları başka yakın tarihli araştırmalarda da ortaya konmuştur. Bu çalışmaların gösterdiği bir diğer sonuç ise pembe gürültü taşıyıcılı uyaranların doku veya madde yüzeyindeki parlaklık değişimleriyle daha yakından ilişkili olduklarıdır (Schofield ve ark. 2010).

Bahse konu sonuçlara göre beyaz gürültü taşıyıcılı uyaranların V1 ve V2 kortikal alanlardaki nöral ağ tarafından işlenmesi gerekirken pembe gürültü taşıyıcılı uyaranların normal şartlar altında V4 alanının nöral ağları tarafından işlenmesi gerekmektedir (Wong ve ark. 2001).

Beyaz gürültü ve pembe gürültü taşıyıcıları arasındaki farklara yönelik çerçeveyi ele alırsak beyaz gürültü taşıyıcısıyla 0.5 1.0 ve 2.0 cpd'de kontrast duyarlılığının azaldığını gösteren sonuçlarımız görsel girdiyi V1'den V2'ye işleyen lineer olmayan mekanizmaların bozulmuş olması gerektiğini göstermektedir. Birinci düzey kontrast duyarlılığının (V1'deki lineer hücrelerce işlenen) ve muhtemelen V4 kortikal alanında işlenen pembe gürültü uyaranlarınca taşınan kontrast duyarlılığının normal değerleri bahse konu bozulmanın açıklamasıdır. Daha büyük bir popülasyonda tekrarlanabilirse GTS hastamızda tespit ettiğimiz özgül kontrast duyarlılığı farklı kortikal alanlardaki görsel işleme ağına ve ayrıca farklı görsel kortikal devrelerdeki belirli nörotransmitterlerin rolüne ilişkin yeni bilgiler açığa çıkaracaktır.

### Son Yorumlar

Gilles de la Tourette sendromlu genç bir hastada beyaz gürültü taşıyıcılı uyaranla kontrast duyarlılığı bozukluğu gözlemlenmesi görsel bilginin kortikal işlenişinin erken evrelerdeki engelleyici devrenin daha parlaklık aracılı olduğu; dopaminerjik ve gabaerjik kontrollü olanların da bozulduğu fikrini desteklemektedir. Birinci düzey kontrast duyarlılığının ve pembe gürültü taşıyıcılı ikinci düzey kontrast işlemenin normal aralıklarda olması gelecekteki çalışmalarda daha ayrıntılı incelenmesi gereken ilgi çekici bir bulgudur.

- Archibald NK, Clarke MP, Mosimann UP ve ark. (2009) The retina in Parkinson's disease. *Brain* 132: 1128-45.
- Baker CL, Mareschal I (2001) Processing of second-order stimuli in the visual cortex. *Prog Brain Res* 134: 171-91.
- Beaudoin DL, Manookin MB, Demb JB (2008) Distinct expressions of contrast gain control in parallel synaptic pathways converging on a retinal ganglion cell. *J Physiol* 586: 5487-502.
- Beste C, Tübing J, Seeliger ve ark. (2016) Altered perceptual binding in Gilles de la Tourette syndrome. *Cortex* 83: 160-6.
- Brandies R, Yehuda S (2008) The possible role of retinal dopaminergic system in visual performance. *Neurosci Biobehav Rev* 32: 611-56.
- Campbell FW, Robson JG (1968) Application of Fourier Analysis to the Visibility of Gratings. *J Physiol* 197: 551-66.
- Cavanna AE, Ganos C, Hartmann A ve ark. (2020) The cognitive neuropsychiatry of Tourette syndrome. *Cogn Neuropsychiatry* 1-15.
- Costa MF, Barboni MT, Ventura DF (2011) Psychophysical measurements of luminance and chromatic spatial and temporal contrast sensitivity in Duchenne muscular dystrophy. *Psychology and Neuroscience* 4: 67-74.
- Costa MF, Oliveira AGF, Santana CF ve ark. (2005) Red-green color vision and luminance contrast sensitivity losses in Duchenne Muscular Dystrophy. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 46: 4576.
- Costa MF, Tomaz S, de Souza JM ve ark. (2008) Electrophysiological evidence for impairment of contrast sensitivity in mercury vapor occupational intoxication. *Environ Res* 107: 132-8.
- Cox JH, Seri S, Cavanna AE (2018) Sensory aspects of Tourette syndrome. *Neurosci Biobehav Rev* 88: 170-6.
- Crow RW, Levin LB, LaBree L ve ark. (2003) Sweep visual evoked potential evaluation of contrast sensitivity in Alzheimer's dementia. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 44: 875-8.
- Dale RC (2017) Tics and Tourette: a clinical pathophysiological and etiological review. *Curr Opin Pediatr* 29: 665-73.
- Ellemberg D, Allen HA, Hess RF (2004) Investigating local network interactions underlying first- and second-order processing. *Vision Res* 44: 1787-97.
- Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG ve ark. (2013) The CARE Guidelines: Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development. *Glob Adv Health Med* 2: 38-43.
- Kovacich S (2008) Tourette syndrome and the eye. *Optometry* 79: 432-5.
- Lalanne L, Ferrand-Devouge E, Kirchherr S ve ark. (2017) Impaired contrast sensitivity at low spatial frequency in cannabis users with early onset. *Eur Neuropsychopharmacol* 27: 1289-97.
- Melun JP, Morin LM, Muise JG ve ark. (2001) Color vision deficiencies in Gilles de la Tourette syndrome. *J Neurol Sci* 186: 107-10.
- Niemeyer JE, Paradiso MA (2017) Contrast sensitivity V1 neural activity and natural vision. *J Neurophysiol* 117: 492-508.
- Novotny M, Valis M, Klimova B (2018) Tourette Syndrome: A Mini-Review. *Front Neurol* 9: 139.
- Riley DS, Barber MS, Kienle GS ve ark. (2017) CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *J Clin Epidemiol* 89:218-35.
- Schofield AJ, Georgeson MA (2003) Sensitivity to contrast modulation: the spatial frequency dependence of second-order vision. *Vision Res* 43: 243-59.
- Schofield AJ, Rock PB, Sun P ve ark. (2010) What is second-order vision for? Discriminating illumination versus material changes. *J Vis* 10: 2.
- Spiegel DP, Reynaud A, Ruiz T ve ark. (2016) First- and second-order contrast sensitivity functions reveal disrupted visual processing following mild traumatic brain injury. *Vision Res* 122: 43-50.
- Storch EA, Murphy TK, Geffken GR ve ark. (2005) Reliability and validity of the Yale Global Tic Severity Scale. *Psychol Assess* 17: 486-91.
- Svetozarskiy SN (2019) Contrast Sensitivity and Color Vision as Biomarkers of the Preclinical Stage of Neurodegeneration in Huntington's Disease. *Sovrem Tekhnologii Med* 11: 77-84.
- Tatlipinar S, Iener EC, İlhan B ve ark. (2001) Ophthalmic manifestations of Gilles de la Tourette syndrome. *Eur J Ophthalmol* 11:223-6.
- Whitefield L, Middleton EM, Brazier DJ ve ark. (1995) Visual fields in Gilles de la Tourette Syndrome. *Br J Psychiatry* 167: 825-6.
- Wong EH, Levi DM, McGraw PV (2001) Is second-order spatial loss in amblyopia explained by the loss of first-order spatial input? *Vision Res* 41: 2951-60.

# Türk Psikiyatri Dergisi

*Turkish Journal of Psychiatry*

## Mektup/Letter

### DEPREMİN GÖRÜNMEYEN ETKİSİ: AFETZEDELERİN RUH SAĞLIĞINA İLİŞKİN DESTEK

#### Editöre,

Yakın zamanda, Türkiye ve Suriye'nin belirli bölgelerinde gerçekleşen depremler; 50000'den fazla kişinin hayatını kaybetmesine, binlerce insanın da yaşadığı yeri terk etmesine, yaralanmasına farklı şekillerde olumsuzluklara maruz kalmasına sebep olmuştur. Depremlerin; yetişkinler, gençler ve çocuklar da dahil olmak üzere her yaş grubundan insanın ruh sağlığı üzerinde ciddi bir etkisi olduğunu bilmek elzemdir (Şalcıoğlu ve Başoğlu 2008).

Depremden etkilenen kitlelerin ruh sağlığı ciddi anlamda zarar görebilir, bu durum da hem uzun hem de kısa vadeli sonuçlara gebedir. Tüm afetzedelerin %20 ila %50'lik bir kısmının; stres kaynaklı kaygı bozukluğu geliştirme, uyku düzenlerinin bozulması, ayrımcılık, yaşamaya elverişsiz ortamlarda kendi haline bırakılma ve ruh sağlığına tesir edebilecek sağlığa ilişkin farklı durumlarla karşı karşıya kalma riski daha yüksektir.(Valladares-Garrido ve ark. 2022) Ebeveynlerden ayrı kalma, istismar riskinin yükselmesi, çocuk içiliğine zorlanma ve mütemadiyen bakım merkezlerinde kalmak gibi etmenler de dahil olmak üzere bir çok durumdan ötürü bilhassa çocuklar, doğal afetler sonrasında ruh sağlığını etkileyebilecek durumlara karşı daha hassastır (Seddighi ve ark. 2021). Söz konusu stres etkenleri, başta Travma Sonrası Stres Bozukluğu TSSB ve Majör Depresif Bozukluk (MDD) olmak üzere, gelecekte birçok farklı ruh sağlığı sorununa yol

açabilmektedir. Bunlara ek olarak stres etkenlerinin, Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) ve farklı fobilere de sebep olduğu görülmüştür (Farooqui ve ark. 2017).

Depreme yönelik ulusal ve uluslararası müdahaleler kapsamında genellikle yüklü miktarda gıda, kıyafet ve fon yardımı bulunmakta olup, bununla beraber hem yıkılan altyapıyı yeniden inşa edilmesi hem de deprem bölgesindeki işleyişin normale döndürülmesine odaklanılmaktadır. Ancak afetzedelerin ruh sağlığının rehabilite edilmesi sıklıkla görmezden gelinmektedir. Bu ihtiyacı karşılayabilmek için, hem Türkiye'nin hem de Suriye'nin depremden etkilenen bölgelerine eğitimli psikologlar göndermek ve söz konusu bölgelerde ruh sağlığı merkezleri kurmak hayati önem taşımaktadır. Travma Sonrası Stres Bozukluğu olan bireyler için grup tedavileri son derece etkili bir yöntem olup, bu yöntem ruh sağlığı merkezlerinde bir hizmet olarak sunulmalıdır (Martin ve ark. 2015).

Başta gelişmekte olan ülkelerde, Psikolojik İlk Yardım (PFA) mühim ve uygun maliyetli bir yaklaşımdır. Afetzedelere, erzak ve tıbbi yardım sağlayan insani yardım kuruluşları aynı zamanda PFA hizmeti verebilecek şekilde eğitilebilirler. Bununla birlikte, çocukların istismar hususunda uygun bir eğitime tabi tutulmaları onları korumaya ilişkin etkili bir yöntemdir. Ayrıca Türkiye ve Suriye'nin depremden etkilenen bölgelerindeki okullar da çocuklara rehberlik ve duyguları ile başa çıkma hususlarında yardımcı olma noktasında önemli bir rol oynayabilir.

Bu müdahalelerde çeşitli uluslararası psikiyatrik yöntemlere başvurulabilir. 2005 yılında Pakistan'da gerçekleşen depremi takiben, IBM'in desteği ile ABD'den travma yönetimi çalışmaları gerçekleştirmek için profesyonel bir ekip gönderilmesinin yanı sıra ulusal ve uluslararası psikiyatrik programlar başlatılmıştır (Khan Mrcpsych 2006). Müdahale kapsamında, yerel psikiyatristlerin geniş çaplı

bir şekilde eğitime tabi tutulması için DSÖ dört günlük eğitim çalıştayları düzenlemiştir. Ayrıca DSÖ, daha geniş kapsamdaki uygulama programlarının planlanması ve yönetiminde de faal bir rol üstlenmiştir. Yapılan planlardan bir tanesi gerekli ruh sağlığı hizmetlerinin verilebilmesine yönelik, bölgesel hiyerarşi gözetilerek beş farklı birim kurulmasıydı: Ruh Sağlığı Yardım Noktaları (Başbakanlık Sekreterliği), Ruh Sağlığı Yardım Merkezleri (Üçüncü Basamak Hastaneler), Ruh Sağlığı Yardım Birimleri (Muzafargarh gibi daha fazla etkilenen ilçeler), Ruh Sağlığı Yardım Ekipleri ve Kamu Kurumları (Okullar, Camiler). Diğerler personelin yanı sıra DSÖ afet yönetimi uzmanlarından oluşan seçkin bir heyete de sahip olan Ruh Sağlığı Yardım Noktası, yürütülen tüm girişim faaliyetlerini gözden geçirmiş ve planlamıştır. Yerinde PFA desteğinin yanı sıra ekipler aracılığıyla yakın bölgelere de el uzatmıştır. Bu ekipler psikiyatrlar ve Ruh Sağlığı Yardım Birimlerine bağlı psikiyatrik destek personelinin oluşmakta olup, gerekli müdahaleleri yapmak için depremde etkilenen bölgelere haftada üç kez gitmekteydi. İletişim ve ciddi vakaların yönetimi amacıyla Ruh Sağlığı Destek Birimleri ve onların ekipleri ile Ruh Sağlığı Yardım Merkezleri arasında bir bağlantı tesis edilmiştir. Çalışma kapsamında elde edilen sonuçlar umutlandıracıydı. Toplamda 1321 kişi psikiyatristlerden yerinde destek almış olup, birçok kişi ise ekiplerin bölgeye erişimi vasıtasıyla destekten faydalanmıştır. Hizmetlerin verimliliğinin değerlendirilebilmesi için depremde etkilenen Kashmir'in üç farklı ilçesinde psikiyatrik morbiditenin epidemiyolojisine ilişkin pilot bir çalışma başlatılmıştır (Rana et al. 2006). Müdahalenin afetten etkilenen bölgenin tamamını kapsayacak şekilde yapılmasına yönelik erişim çalışmaları 1988 yılında gerçekleşen depremde Ermenistan Cumhuriyeti'nin de uyguladığı temel bileşenlerden bir tanesiydi (COHEN 2002). Bu, esas olarak Batı ABD Ermeni Yardımlaşma Derneği tarafından başlatılan Psikiyatrik Sosyal Yardım Programı olarak biliniyordu. Bu müdahale, Psikolojik İlk Yardımın sağlanmasını, terapistlerin ve okul öğretmenlerinin depremde etkilenen bölgelerde psikiyatrik yardım sunabilmeleri için eğitilmelerini, bu bölgelerde iki adet ruh sağlığı kliniğinin kurulmasını ve yardım çalışmalarının başlatılması için hayır kurumlarının ve kamu kuruluşlarının yönlendirilmesini kapsıyordu. Terapistler ve okul müdürlerinin etki- leşim vasıtasıyla sürece dahil edilmesi, müdahale gerektire- bilecek herhangi bir öğrenciyi tespit etmeye yöneliktir. Bir sonraki adım, öğretmenlerin gözünden kaçmış olabilecek herhangi bir öğrenciyi tespit etmeye yardımcı olmak için terapistler ve öğrenciler arasında doğrudan etkileşim ola- caktır. Çocuklara esas olarak terapötik kitapçıklar şeklinde PFA sağlanırken, daha kapsamlı bir yardıma ihtiyaç duyan çocuklar için seanslar da düzenlenmiştir. Şubat 1989'dan Aralık 1990'a kadar her biri altı kişiden oluşan kırk beş ekip (%20 psikiyatrist, %13 psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve

aile danışmanı) üçer haftalık süreler için Ermenistan'ın et- kilenen bölgelerine sevk edilmiştir. Ekiplerin dönüşü mer- kezi heyet tarafından değerlendirilmiştir. Gayri resmi olarak gerçekleştirilen klinik takipler, sosyal yardım programının etkinliğini değerlendirmek için kullanılmış ve programın, hastalarda PTSD ve depresyon semptomlarının hafifleme- siyle birlikte başarılı olduğunu ortaya koymuştur (Goejian 1993). Benzer şekilde Türkiye'de de 1999 yılının Ağustos ayında meydana gelen depremin ardından ABD'li psikolog- lardan oluşan bir ekip Ruh Sağlığı Sosyal Yardım Programı (MHOP) adı verilen çok aşamalı bir sosyal yardım programı başlatmıştır (Kowalski, Kalayjian 2001). Bu sosyal yardım programı, okula giden çocuklar da dahil olmak üzere tüm yaş gruplarından afetzedelere ve ailelerine büyük fayda sağ- lamıştır. Katılımcılar eğitim programlarını oluşturan şu altı adımı izleyerek bir hafta kamplarda, bir hafta da okullarda geçirdiler: Değerlendirme, Duyguların ifadesi, Empati ve onaylama, Anlamın tespiti ve ifadesi, Bilginin yayılması ve Diyafragmatik nefes egzersizleri. Elde edilen sonuçlar afetze- delerin psikiyatrik durumlarında iyileşme olduğunu ortaya koymuştur (Kowalski ve Kalayjian 2001).

Doğal afetlere müdahale ederken, sadece tahrip olan altya- pının yeniden inşası ve fiziksel yardım sağlanması için değil, aynı zamanda mevcut yönergelere dayalı kapsamlı bir stra- tejinin geliştirilmesi, ruh sağlığı merkezlerinin kurulması ve nitelikli tıp uzmanlarının görevlendirilmesi için de fon ayrıl- ması şarttır. Ayrıca, deprem sonrası halkın temel durumunun hızlı bir şekilde tespit edilmesi ve buna göre bir psikiyatristin faaliyet göstermesi, ilaçların kontrollü bir şekilde sağlanması, doğru danışmanlık yöntemi ve başta çocuklar olmak üzere tüm yaş gruplarıyla uygun şekilde ilgilenilmesi gerekmektedir (Yildiz ve ark. 2023). Bu yaklaşımın, uzun vadede afet- zedelerin ruh sağlığını koruma yönünden son derece mühim olduğu, Türkiye'nin de bizzat konu olduğu daha önceki de- neyimlerde kanıtlandığı gibi bu tür doğal afetlerden ve et- kilenen bireylerin zihinsel durumunda iyileşme sağlayacağı kesindir.

## KAYNAKLAR

- Cohen RE (2002) Mental health services for victims of disasters. *World Psychiatry* 1:149.
- Farooqui M, Quadri SA, Suriya SS ve ark. (2017) Posttraumatic stress disorder: a serious post-earthquake complication. *Trends Psychiatry Psychother* 39:135-43.
- Goejian A (1993) A mental health relief programme in Armenia after the 1988 earthquake. Implementation and clinical observations. *Br J Psychiatry* 163:230-9.
- Khan Mrcpsych MM (2006) Earthquake 2005: challenges for Pakistani psychiatry. *International Psychiatry* 3:21.
- Kowalski KM, Kalayjian A (2001) Responding to mass emotional trauma: A mental health outreach program for Turkey earthquake victims. *Saf Sci* 39:71-81.

- Martín JC, Garriga A, Egea C (2015) Psychological Intervention in Primary Care After Earthquakes in Lorca, Spain. *Prim Care Companion CNS Disord* 17.
- Rana M, Ali S, Yusufi B (2006) Mental Health and Psychosocial Relief of Earthquake Survivors – Activities and Interventions. *Pakistan Armed Forces Med J* 56(4 SE-Short Communication).
- Şalcıoğlu E, Başoğlu M (2008) Psychological effects of earthquakes in children: Prospects for brief behavioral treatment. *World Journal of Pediatrics* 4:165–72.
- Seddighi H, Salmani I, Javadi MH ve ark. (2021) Child Abuse in Natural Disasters and Conflicts: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse* 22:176–85.
- Valladares-Garrido MJ, Zapata-Castro LE, Domínguez-Troncos H ve ark. (2022) Mental Health Disturbance after a Major Earthquake in Northern Peru: A Preliminary, Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health* 19.
- Yıldız Mİ, Başterzi AD, Yildirim EA ve ark. (2023) Preventive and Therapeutic Mental Health Care after the Earthquake- Expert Opinion from the Psychiatric Association of Turkey. *Türk Psikiyatri Derg* 34:39-49.

Saim AMIR<sup>1</sup> , Momina Javaid AWAN<sup>2</sup> , Muhammad EHSAN<sup>3</sup> , Zainab MEHDI<sup>4</sup> , Haseeba JAVED<sup>5</sup> , Muhammad AYYAN<sup>6</sup> ,  
Muhammad Youshay JAWAD<sup>7</sup> 

**Geliş Tarihi:** 16.04.2023, **Kabul Tarihi:** 17.08.2023, **Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 19.10.2023

<sup>1, 2, 3, 4, 5, 6, 7</sup> MBBS, Psikiyatri Bl., King Edward Üniv. Tıp Fak., Lahor, Pakistan; <sup>1, 2, 3, 4, 5, 6, 7</sup> Ruh Sağlığı Politikası Araştırma Enstitüsü, Merkezi Bağımlılıklar ve Ruh Sağlığı, Toronto, Kanada.

**Dr. Zainab Mehdi, e-posta:** bintemehdi12@gmail.com

<https://doi.org/10.5080/u27334>