

# World Psychiatry

Türkçe Basım

DÜNYA PSİKİYATRİ BİRLİĞİ (WPA)'NİN RESMİ YAYIN ORGANIDIR

Cilt 9, Sayı 3



Ekim 2010

## BAŞYAZI

*World Psychiatry* dergisinin yeni etki faktörü  
M. MAJ 129

## ÖZEL YAZILAR

Psikiyatri ve psikiyatristlerin damgalanması ile nasıl mücadele edileceği üzerine WPA Kılavuzu  
N. SARTORIUS, W. GAEBEL, H.-R. CLEVELAND,  
H. STUART, T. AKIYAMA ET AL 131

Aşırı stres altında dayanıklılık:  
çok katmanlı bir bakış açısı  
D. CICCETTI 145

## FORUM: DEPRESYONUN FİZYOPATOLOJİSİ: KLİNİSYENLERİN İLGİSİNE SUNABİLECEĞİMİZ SOMUT KANITIMIZ VAR MI?

Depresyonun fizyopatolojisi: klinisyenlerin  
ilgisine sunabileceğimiz somut kanıtımız var mı?  
G. HASLER 155

## Yorumlar

Depresyon araştırmalarındaki ilerlemenin  
kliniğe uyarlanması: uzun bir yolda adım adım  
W.C. DREVETS 162

Depresyonda biyolojik araştırma:  
bir klinisyen yorumu  
J. ANGST 163

Biyolojik psikiyatri: hâlâ bir çıkmaz  
sokakta yürüyor  
H.M. VAN PRAAG 164

Olduğu yerde büyük koşu  
G. PARKER 165

Evet mi demeli yoksa hayır mı  
R.H. BELMAKER 166

Major depresyonun patofizyolojisini  
araştırmada bir güçlük alanı olarak klinik  
pleomorfizm  
J.J. MANN 167

## ARAŞTIRMA BİLDİRİMİ

Ruhsal bozukluklarda tedavi açığının  
giderilmesi: bir WPA anketi  
V. PATEL, M. MAJ, A.J. FLISHER, M.J. DE SILVA,  
M. KOSCHORKE ET AL 169

Kardiyovasküler sağlık sorunu veya diyabeti  
olan kadın gazilerde depresyon tedavi biçimleri  
U. SAMBAMOORTHY, C. SHEN, P. FINDLEY,  
S. FRAYNE, R. BANERJEA 177

## KISA BİLDİRİM

ICD-10 tanılarının 2001- 2007 yılları arasında  
Danimarka'daki hastane temelli psikiyatri  
hizmetlerinde kullanımı  
P. MUNK-JØRGENSEN, M. NAJARRAQ LUND,  
A. BERTELSEN 183

## RUH SAĞLIĞI POLİTİKASI ÜZERİNE YAZI

Afrika'da toplum ruh sağlığı merkezlerinin  
geliştirilmesinde öğrenilenler  
C. HANLON, D. WONDIMAGEGN, A. ALEM 185

## WPA HABERLERİ

2008-2011 WPA Eylem Planı uygulamaları  
Haiti'deki deneyimim: kısa bir rapor  
K. RAVENSCROFT 190

## The World Psychiatric Association (WPA)

The WPA is an association of national psychiatric societies aimed to increase knowledge and skills necessary for work in the field of mental health and the care for the mentally ill. Its member societies are presently 135, spanning 117 different countries and representing more than 200,000 psychiatrists.

The WPA organizes the World Congress of Psychiatry every three years. It also organizes international and regional congresses and meetings, and thematic conferences. It has 65 scientific sections, aimed to disseminate information and promote collaborative work in specific domains of psychiatry. It has produced several educational programmes and series of books. It has developed ethical guidelines for psychiatric practice, including the Madrid Declaration (1996).

Further information on the WPA can be found on the website [www.wpanet.org](http://www.wpanet.org).

### WPA Executive Committee

President – M. Maj (Italy)  
President-Elect – P. Ruiz (USA)  
Secretary General – L. Küey (Turkey)  
Secretary for Finances – T. Akiyama (Japan)  
Secretary for Meetings – T. Okasha (Egypt)  
Secretary for Education – A. Tasman (USA)  
Secretary for Publications – H. Herrman (Australia)  
Secretary for Sections – M. Jorge (Brazil)

### WPA Secretariat

Psychiatric Hospital, 2 Ch. du Petit-Bel-Air, 1225 Chêne-Bourg, Geneva, Switzerland. Phone: +41223055736; Fax: +41223055735; E-mail: [wpasecretariat@wpanet.org](mailto:wpasecretariat@wpanet.org).

## World Psychiatry

World Psychiatry is the official journal of the World Psychiatric Association. It is published in three issues per year and is sent free of charge to psychiatrists whose names and addresses are provided by WPA member societies and sections.

Research Reports containing unpublished data are welcome for submission to the journal. They should be subdivided into four sections (Introduction, Methods, Results, Discussion). References should be numbered consecutively in the text and listed at the end according to the following style:

1. Bathe KJ, Wilson EL. Solution methods for eigenvalue problems in structural mechanics. *Int J Num Math Engng* 1973;6:213-26.
2. McRae TW. The impact of computers on accounting. London: Wiley, 1964.
3. Fraeijs de Veubeke B. Displacement and equilibrium models in the finite element method. In: Zienkiewicz OC, Hollister GS (eds). *Stress analysis*. London: Wiley, 1965:145-97. All submissions should be sent to the office of the Editor.

**Editor** - M. Maj (Italy).

**Associate Editor** - H. Herrman (Australia).

**Editorial Board** - P. Ruiz (USA), L. Küey (Turkey), T. Akiyama (Japan), T. Okasha (Egypt), A. Tasman (USA), M. Jorge (Brazil).

**Advisory Board** - H.S. Akiskal (USA), R.D. Alarcón (USA), S. Bloch (Australia), G. Christodoulou (Greece), J. Cox (UK), H. Freeman (UK), M. Kastrup (Denmark), H. Katschnig (Austria), D. Lipsitt (USA), F. Lolas (Chile), J.J. López-Ibor (Spain), J.E. Mezzich (USA), R. Montenegro (Argentina), D. Moussaoui (Morocco), P. Munk-Jorgensen (Denmark), F. Njenga (Kenya), A. Okasha (Egypt), J. Parnas (Denmark), V. Patel (India), N. Sartorius (Switzerland), B. Singh (Australia), P. Smolik (Czech Republic), R. Srinivasa Murthy (India), J. Talbott (USA), M. Tansella (Italy), S. Tyano (Israel), J. Zohar (Israel).

## World Psychiatry (Türkçe Basım)

World Psychiatry (Türkçe basım), World Psychiatry dergisinin İngilizce özgün basımının Türkçe tam çevirisidir.

Cilt 9 / Sayı 3, Ekim 2010

Sahibi: Bağlam Yayıncılık San. Tic. A. Ş.  
Adına Hatice Günaydın

Sorumlu Yayın Yönetmeni: Levent Küey

Bu sayının Çeviri Kurulu:

Eda Aslan, Kürşat Altınbaş, Alper Çınar  
Sinan Gülöksüz, Can Gürel, Özlem Kuman,  
Gülnehal Ünal

Yayın Türü: Yerel Süreli Yayın / Yılda üç sayı yayımlanır

ISSN 2146-3239

Grafik Uygulama: M. Ali Kalacı

Baskı: Gün Tasarım Matbaacılık  
Litros Yolu 2. Matbaacılar Sitesi F. Blok 3. Kat 1 NF 10  
Topkapı, Zeytinburnu / İstanbul

© World Psychiatric Association

© Bağlam Yayıncılık

**World Psychiatry is indexed in PubMed, Current Contents/Clinical Medicine, Current Contents/Social and Behavioral Sciences, Science Citation Index, and EMBASE.**

**All back issues of World Psychiatry can be downloaded free of charge from the PubMed system (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/tocrender.fcgi?journal=297&action=archive>).**

# World Psychiatry dergisinin yeni etki faktörü

MARIO MAJ

Dünya Psikiyatri Birliği Başkanı

*World Psychiatry*'nin yeni etki faktörü yakın bir tarihte 4.375 olarak açıklandı. Şu anda, genel psikiyatri dergileri içinde ilk 10 ve tüm klinik psikiyatri, biyolojik psikiyatri ve psikofarmakoloji dergileri içinde ise ilk 20 içindedir.

Dergi halen İngilizce, İspanyolca, Çince, Rusça ve Fransızca olmak üzere beş dilde yayınlanmaktadır. Ayrıca, seçilmiş bazı makaleler ve özetler ise, Rumence, Lehçe, Japonca gibi diğer dillere çevrilmekte ve Dünya Psikiyatri Birliği (World Psychiatric Association-WPA) ve/veya WPA ile ilgili Üye Birliklerin web sitelerinde yayınlanmaktadır. Derginin tüm sayıları, PubMed Merkez ([www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/journals/297](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/journals/297)) ve WPA sitesinden ([www.wpanet.org](http://www.wpanet.org)) ücretsiz olarak indirilebilir. Dergi basılı şekliyle 121 ülkede 33 000'den fazla psikiyatriste ulaşmaktadır ve bunların binlercesi için, ulaşılabilir tek uluslararası psikiyatri dergisi konumundadır.

WPA Yönetim Kurulu'nun 2001'de aldığı kararı uyarınca, dergi reklam içermemektedir.

*World Psychiatry*'nin yayınlanmasının, diğer uluslararası psikiyatri dergilerinin birçoğundan, belki de tümünden farklı kılan, başlıca iki amacı vardır. Birinci amaç, klinik, hizmet ve araştırma alanlarındaki önemli güncel bilgilerin, psikiyatristlerin büyük çoğunluğunun özümseyebileceği bir dilde, dünyanın farklı ülkelerinden ulaşılabilir kadar çok psikiyatriste ulaşmasını sağlamaktır. *World Psychiatry*'ye sunulan bir yazının değerlendirilmesinde iki temel ölçüt, ortalama bir psikiyatristin günlük klinik pratiği ile ilgili olması ve onun profesyonel gelişimini teşvik edebilmesidir. Ayrıca, yazının sade ve açık bir tarzı olmalıdır.

İkinci amaç; dünyanın tüm bölgelerinden psikiyatristlerin, yaratıcı hizmet yöntemleri konularındaki araştırma yazıları, yorum ve bildirimlerini göndermelerini teşvik ederek onların seslerine kulak vermektir. Son iki yıldır *World Psychiatry*'de yayınlanan yazıların %21'inde, en az bir yazar düşük ya da orta gelirli bir ülkeden, yedisinde ise Afrika'dandır.

*World Psychiatry* gibi bir dergiye ihtiyaç var mıdır? Şu anda, dünyadaki psikiyatristler arasında, klinik uygulamalar, hizmet ve bilimsel araştırmalara ilişkin gelişmelerin yaygınlaştırılmasında sorunlar var mıdır? Ya da, uluslararası psikiyatri dergilerine, batılı olmayan ülkelerden psikiyatristlerin katkılarıyla ilgili bir sorun var mıdır? Psikiyatri dergilerinde yayınlanan bilimsel araştırmaların bir bölümünün klinik uygulama ile bağlantısına dair bir sorun var mıdır? Yukarıdaki soruların her birinin "evet" diye yanıtlanabileceğini düşünüyorum.

Ortalama bir psikiyatristin uluslararası dergilere erişimi gitgide daha da zorlaşmaktadır. Bu yalnızca ekonomik nedenlerden değil (dünyadaki psikiyatristlerin büyük çoğun-

luğu, yalnızca bir uluslararası dergiye dahi kişisel aboneliği karşılayamamakta ve bir çok akademik merkez de, artık abone olduğu dergi sayısını azaltmaktadır) aynı zamanda, birçok yazının dilini, kavramlarını ve teknik ayrıntılarını anlamadaki nesnel zorluk ve klinik uygulama ile ilintisi açık olmayan yazıları okumadaki motivasyon eksikliğinden dolayıdır. Küçük bir araştırmacı psikiyatrist çevresi ile çok sayıdaki psikiyatri klinisyeni arasındaki geleneksel fark açıldıkça açılmaktadır.

Batılı olmayan ülkelerden yalnızca çok az psikiyatristin uluslararası dergilere katkıda bulunabildiği gerçeği birçok kez gösterilmiştir. Dil ve araştırma geleneklerindeki sorunlara ek olarak, işin gerçeği, psikiyatride araştırma yapmak giderek daha karmaşık ve daha pahalı olmaya başlamıştır. Başlıca bilimsel dergilerimizin içeriği, az sayıda batılı ülkenin iyi kaynaklara sahip akademik bölümlerinde gerçekleştirilmiş genetik, nörogörüntüleme veya moleküler biyoloji üzerine yapılmış giderek daha karmaşık bildirilerden oluşmaktadır. Psikiyatrik araştırmaların yürütülmesi açısından, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasındaki geleneksel fark açıldıkça açılmaktadır.

Yayınlanmış psikiyatrik araştırmaların bir bölümünün işaret ettiği konular ile bu konuları klinisyenlerin günlük klinik uygulamaları ile ne derecede ilişkili gördükleri arasındaki mesafe de büyük olasılıkla artıyor. Psikiyatrideki biyolojik araştırmalar, bilginin derinleşmesi ve yeni tedavilerin gelişimi açısından çok önemlidir. Ancak, geçen birkaç on yıllık dönemde, biyolojik araştırma yazılarını uluslararası dergilerde yayına kabul etmede muhtemelen çok cömert davrandık. On ya da onbeş yıl önce yayınlanan yazılara bakmak bu açıdan öğretici olabilir; bu yazıların ilettikleri mesajlar artık günümüzde tamamen terk edilmiştir. Bunun nedeni, geçen yıllar içinde yeni teknolojiler geliştiği için değil, daha çok, bulguların kendisinin (psikiyatrik tanı almış hasta örnekleme ve sağlıklı kontrol grubu örnekleme arasında, bir ya da daha fazla biyolojik değişkenin ortalama değerleri bakımından, sıklıkla, istatistiksel olarak anlamlı da olsa küçük farklar bulunması) bilimsel ve klinik anlamları olmadığını göstermektedir.

Yukarıda anılan iki amaç dikkate alındığında, *World Psychiatry*'nin, her sayısının, içeriği ve genel tadımın diğer uluslararası psikiyatri dergilerinden farklı olduğu anlaşılacaktır. "Forum" bölümü, derginin, okurlarımız tarafından özellikle takdir edilen ve sıklıkla uluslararası yayınlarda atıfta bulunulan önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Geçtiğimiz beş yılda yayınlanan "Forum"lar içinde, en başarılı olanları, (1) ruhsal bozukluk kavramı; (2) psikiyatrideki çıkar çatışması; (3) toplum ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesinde aşamalar, dersler ve zorluklar; (4) işlevsel

bozuklukların ruhsal bozuklukların tanısındaki yeri; (5) psikotrop ilaçların kullanım sürecinden alınan dersler ve (6) psikozun erken döneminde müdahale konularındaki forumlar olmuştur. Bunların her birinde, tüm kıtalardan katılımcıya yer verilmiştir. Derginin bir diğer özel bölümünü ise, ruh sağlığı politikaları konusundaki yazılar oluşturmuştur. Bunlar, uluslararası dergilerde nadiren kapsanan, örneğin, farklı bölgelerden ruh sağlığı hizmetlerine ilişkin yenilikçi deneyimler hakkında bilgi veren yazıları (7, 8); psikiyatrik beyin göçü (9) ya da psikiyatristlerde tükenmişlik (10) gibi konuları kapsamıştır.

Araştırma yazıları arasında; değişik ülkelerde yapılan, çok merkezli uluslararası ve ulusal psikiyatrik epidemiyoloji araştırmalarına ya da ruh sağlığı hizmetlerinin sunulmasına ya da psikososyal girişimlere dair yenilikçi yöntemlerin denendiği çalışmalara öncelik veriyoruz. Örneğin, geçen birkaç yıl içinde, Dünya Ruh Sağlığı İnceleme Girişimi'nin (World Mental Health Survey Initiative; MHSI) iki temel raporuna (11,12); Irak'taki ruhsal bozuklukların yaygınlığı ve bileşenlerini konu alan ve "Herald Tribune", "Washington Post" ve "New York Times"ın da dikkatini çekmiş olan ilk uluslararası çalışmaya (13) ve Ortadoğu'da savaş yaşantısına maruz kalmış çocuk ve adolesanlar için okul ortamında girişimlerin değerlendirildiği ilk kontrollü çalışmaya (14) ev sahipliği yaptık.

Davet üzerine hazırlanan gözden geçirme yazılarımız dünya genelinde psikiyatristler tarafından büyük ilgiyle karşılanmıştır. Geçtiğimiz birkaç yıl içinde, okurlarımız tarafından en çok takdir edilen yazılar arasında, keder ve matem (15), psikiyatrik tanıda kültürel etkenler (16), ağır ruhsal bozukluğu olan kişilerde kendi kendini damgalama (17), travmatik beyin yaralanmasında nörodavranışsal sekkeller (18) ve erişkinde dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğunun tanı ve tedavisi ile ilgili olan yazılar sayılabilir (19).

*World Psychiatry*'nin son sayılarından birinde yer alan forum "Psikiyatristler soyu tükenen bir tür müdür?" başlığını taşımaktaydı (20). Gerçekten biz ve yaptığımız iş dünyanın birçok ülkesinde damgalanmaktadır. Bu kesinlikle psikiyatrinin yeni imgesini iletmedeki güçlüğümüz ile ilişkilidir. Bu imge, toplumda çok yaygın olan bazı bozuklukları da içeren geniş bir bozukluklar yelpazesine uğraşan ve en az diğer tıp dallarındaki kadar etkin girişimlerin kullanıldığı bütünleştirici bir disiplinin imgesidir. Ancak, sorunun yalnızca, psikiyatrinin yeni imgesini daha başarılı biçimde iletmesi problemi olduğunu söylemek adil olmayacaktır. Mesleğimizin de, değişik biçimlerde birçok ülkede varolan bir sorunu olduğunu kabul etmeliyiz. Bu sorun, klinik uygulama, araştırma ve eğitimin günümüzdeki gerçekliği içinde bu yeni imgeye ulaşabilme sorunudur. Umarız ki, *World Psychiatry*'nin yayılması, dünyanın olabildiğince çok ülkesinde, psikiyatrinin imgesinin ve gerçeğinin güncellenmesine katkıda bulunacaktır.

## Kaynaklar

1. Wakefield JC. The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. *World Psychiatry* 2007;6:149-56.
2. Fava GA. Financial conflicts of interest in psychiatry. *World Psychiatry* 2007;6:19-24.
3. Thornicroft G, Tansella M, Law A. Steps, challenges and lessons in developing community mental health care. *World Psychiatry* 2008;7:87-92.
4. Üstün B, Kennedy C. What is "functional impairment"? Disentangling disability from clinical significance. *World Psychiatry* 2009;8:82-5.
5. Fleischhacker WW, Goodwin GN. Effectiveness as an outcome measure for treatment trials in psychiatry. *World Psychiatry* 2009;8:23-7.
6. McGorry PD, Killackey E, Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence, and future directions. *World Psychiatry* 2008;7:148-56.
7. Alem A, Jacobsson L, Hanlon C. Community-based mental health care in Africa: mental health workers' views. *World Psychiatry* 2008;7:54-7.
8. Ng C, Herrman H, Chiu E et al. Community mental health care in the Asia-Pacific region: using current best-practice models to inform future policy. *World Psychiatry* 2009;8:49-55.
9. Gureje O, Hollins S, Botbol M et al. Report of the WPA Task Force on Brain Drain. *World Psychiatry* 2009;8:115-8.
10. Kumar S. Burnout in psychiatrists. *World Psychiatry* 2007;6:186-9.
11. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distribution of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007;6:168-76.
12. Wang PS, Angermeyer M, Borges G et al. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007;6:177-85.
13. Alhasnawi S, Sadik S, Rasheed M et al. The prevalence and correlates of DSM-IV disorders in the Iraq Mental Health Survey (IMHS). *World Psychiatry* 2009;8:97-109.
14. Karam EG, Fayyad J, Nasser Karam A et al. Effectiveness and specificity of a classroom-based group intervention in children and adolescents exposed to war in Lebanon. *World Psychiatry* 2008;7:103-9.
15. Zisook S, Shear K. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry* 2009;8:67-74.
16. Alarcon RD. Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. *World Psychiatry* 2009;8:131-9.
17. Corrigan PW, Larson JE, Rusch N. Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry* 2009;8:75-81.
18. McAllister TW. Neurobehavioural sequelae of traumatic brain injury: evaluation and management. *World Psychiatry* 2008;7:3-10.
19. Faraone SV, Anthesel KM. Diagnosing and treating attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *World Psychiatry* 2008;7:131-6.
20. Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry* 2010;9:21-8.

# Psikiyatri ve psikiyatristlerin damgalanması ile nasıl mücadele edileceği üzerine WPA Kılavuzu

**NORMAN SARTORIUS<sup>1</sup>, WOLFGANG GAEBEL<sup>2</sup>, HELEN-ROSE CLEVELAND<sup>2</sup>, HEATHER STUART<sup>3</sup>, TSUYOSHI AKIYAMA<sup>4</sup>, JULIO ARBOLEDA-FLÓREZ<sup>3</sup>, ANJA E. BAUMANN<sup>5</sup>, OYE GUREJE<sup>6</sup>, MIGUEL R. JORGE<sup>7</sup>, MARIANNE KASTRUP<sup>8</sup>, YURIKO SUZUKI<sup>9</sup>, ALLAN TASMAN<sup>10</sup>**

<sup>1</sup>Association for the Improvement of Mental Health Programmes, Geneva, Switzerland; <sup>2</sup>Department of Psychiatry and Psychotherapy, Heinrich-Heine-University Düsseldorf, Germany; <sup>3</sup>Queen's University, Kingston, Canada; <sup>4</sup>Department of Psychiatry, Kanto Medical Center, University of Tokyo, Japan; <sup>5</sup>World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark; <sup>6</sup>Department of Psychiatry, University College Hospital, Ibadan, Nigeria; <sup>7</sup>Federal University of Sao Paulo, Brazil; <sup>8</sup>Center for Transcultural Psychiatry, Psychiatric Clinic, Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark; <sup>9</sup>National Institute of Mental Health, Department of Adult Mental Health, Tokyo, Japan; <sup>10</sup>Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Louisville, KY, USA

*WPA Başkanı, 2009 yılında, görevi, psikiyatri ve psikiyatristlerin damgalanmasıyla ilgili var olan bulguları incelemek ve ulusal psikiyatri birlikleri ile psikiyatristlere, disiplinlerinin damgalanmasının giderilmesi ya da önlenemesinin yanı sıra, damgalamanın kötü sonuçlarını önlemek için yapabilecekleri eylemler hakkında öneriler geliştirmek olan bir Görev Birimi kurdu. Bu yazı, anılan Görev Biriminin bulgularının ve önerilerinin özetini sunmaktadır. Görev Birimi, psikiyatri ve psikiyatristlerin medyadaki imgesi ve toplumun, tıp öğrencilerinin, psikiyatrist dışı sağlık çalışanlarının ve ruhsal hastalığı olan kişiler ile onların ailelerinin psikiyatri ve psikiyatristler hakkındaki görüşleriyle ilgili literatürü gözden geçirmiştir. Bu birim, ayrıca, damgalama ve onu izleyen ayrımcılıkla mücadele girişimleri hakkındaki bulguları gözden geçirmiş ve ulusal psikiyatri birlikleri ile bireysel çalışan psikiyatristlere bir dizi öneride bulunmuştur. Görev birimi, en iyi psikiyatrik uygulamaların formülasyonu ve bu uygulamaların sağlık hizmetlerinde yürürlüğe konması ile sağlık personelinin eğitim müfredatlarının değiştirilmesi konularına özel önem vermiştir. Bu birim ayrıca, damgalama ile ilgili sorunlara daha geniş bir şekilde yaklaşmak için, ulusal psikiyatri topluluklarına; diğer meslek örgütleri, hasta ve yakınlarının dernekleri ve medya ile ilişki kurmalarını önermiştir. Bunun yanı sıra, Görev Birimi, hastalarla saygın bir ilişkinin gerçekleştirilmesi, psikiyatri pratiğinde etik kuralların sıkı bir şekilde gözetilmesi ve mesleki yeterliliğin sağlanmasının gerekliliğini vurgulayarak, psikiyatrinin damgalanmasının önlenmesinde psikiyatristlerin oynayabileceği rolün altını çizmiştir.*

**Anahtar sözcükler:** Damgalama, psikiyatri, psikiyatristler, toplum, medya, tıp öğrencileri, hasta ve yakınları, etik kurallar

*(World Psychiatry 2010;9:131-144).*

WPA Genel Kurulu tarafından kabul edilmiş olan WPA 2008-2011 Eylem Planının içerdiği hedeflerden biri sağlık çalışanları ve bu alandaki öğrenciler, toplum ve sağlıkta karar gücüne sahip olanların gözünde psikiyatri ve psikiyatristlerin imgesinin iyileştirilmesidir (1,2). WPA Başkanı bu hedefi yerine getirmek için, psikiyatri ve psikiyatristlerin damgalanmasıyla nasıl mücadele edileceği üzerine kılavuz geliştirmekten sorumlu bir Görev Birimi kurmuştur.

Bu yazı, bu alandaki güncel bilginin bir derlemesini sunmakta ve sorunu belirlemek için ne yapılabileceği ile ilgili bir dizi öneri sıralamaktadır.

## YAYINLANMIŞ BULGULARIN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ İÇİN KULLANILAN YÖNTEMLER

Görev Birimi, psikiyatri, psikiyatristler, psikiyatri kurumları ve psikiyatrik tedavinin imgesi ile ilişkili yayınları belirlemek için literatürü gözden geçirdi. Seçilen tarama algoritması SciSearch/Social Science Citation Index, PsycINFO, Embase, Somed (Meta-arama motoru Dimdi ile ortak arama, sadece başlık) ve Medline (başlıklar ve özetler) üzerine uygulandı.

Bu derleme psikiyatri ve psikiyatristlere ilişkin stereotiplerin tanımının kapsamlı olarak elde edilmesini amaçladı.

Psikiyatri ve psikiyatristlere yönelik tutumlarla ilişkili bazı konular (örneğin, yardım arama davranışı, tedaviye uyum) tümüyle kapsanamayacağı için, bunların yalnızca derlememizle ilişkili görünen yönlerine yer verildi.

Araştırma, belirli bir yıl sınırlaması olmaksızın, İngilizce ve Almanca yayınlanmış yazılar belirlenerek Temmuz 2009'da yürütüldü. Görev Birimindeki üyeler diğer dillerdeki haberdar oldukları yayınlar hakkında önerilerde bulundu. İlk tarama ile elde edilen 8 217 makaleden tekrarlar çıkartıldığında 7 296 tane kaldı. Başlık ve özetler tarandıktan sonra, potansiyel olarak ilgili görünen 398 makaleyi belirledik. Ayrıca, kaynakların gözden geçirilmesiyle başka yayınlar da saptandı. Toplamda 503 adet konuyla ilgili çalışma ayrıntılarıyla incelendi ve bu derleme için kaynak oluşturdu.

## GÖZDEN GEÇİRİLEN BİLGİLERİN SONUÇLARI

Damgalamayı geniş anlamıyla, kişilerin sahip olabileceği olumsuz stereotipler ve önyargıya dayalı inançların yanı sıra, bunların neden olabileceği ayrımcı ve adaletsiz uygulamaları içerecek biçimde tanımladık. Ayrıca, damgalama ve ayrımcılığın bireysel düzlem ve kişiler arası ilişkilerde olduğu kadar eşitlikçi olmayan politikalar, uygulamalar ve yasa-

lar nedeniyle toplumsal yapı düzleminde de olabileceğinin farkına vardık (3). İlk olarak psikiyatrinin (ve psikiyatrik tedavilerin) damgalanmasını, daha sonra da psikiyatristlerin damgalanmasını gözden geçireceğiz.

## Psikiyatrinin Damgalanması

### Genel olarak toplum

Psikiyatri hizmetleri hakkındaki genel görüşler, geçmiş birkaç on yıl boyunca, hep olumsuz içeriklidir. Bir “psikiyatri hastanesinin” tipik imgesi, gözaltında tutma özelliği olan (4), kilitli kapıları ile toplumdan uzak yerleşimli (5,6) büyük çaplı bir kurumdur. Alman katılımcılar üzerinde, temsiliyet gücü olan bir çalışmada (4), katılanların %25’i hastaların dışarı çıkmasına izin verilmediğine ve %50’si halen deli gömleğinin kullanıldığına inanmaktaydı.

1970’lerde, toplum ruh sağlığı hizmetlerinin gelişimi ile bazı olumlu değişiklikler gözlemlenmiştir (7). Ancak, toplum içinde bakım, NIMBY (“Not In My Backyard”; “Benim Arka Bahçemde Değil”) sendromu adı verilen, o yörede yaşayanların direnci ile karşılaştı. Örneğin bir çalışmada, Amerikalıların %81’i, “akıl hastalarını ele almanın en iyi yolu onları kilitli kapılar ardında tutmaktır” görüşüne karşı çıkmışken, gerçekte, çok azının (%31) bir ruh sağlığı ayaktan tedavi merkezinin kendi mahallelerinde bulunmasını hoş karşılayacağı ortaya çıkmıştır (8). Bu direncin gerekçelerini emlak değerinde düşme, çocukların güvenliği ve kişisel güvenlik ile ilgili kaygılar oluşturmaktaydı (9-12).

Genel toplum içinde, psikiyatrik tedavi ile ilgili farklı görüşlerin olduğu tespit edilmiştir. Bazı çalışmalar katılımcıların psikiyatrik tedavinin yararlı olduğunu düşündüklerini gösterirken (13-15), diğerlerinde katılımcılar tedavinin nitelik ve etkinliği hakkındaki kaygılarını ifade etmiş (16-18) ve bazılarında, katılımcılar psikiyatrik tedavinin zararlı olduğu görüşünü belirtmiştir (19-21).

Tedavi seçenekleri arasından seçim yapılırken, genelde, psikoterapi, psikotrop ilaçlara yeğlenmiştir (6,20,22-33). Ancak, soruların biçimi sonuçları etkiliyor görünmektedir. Tedavi seçenekleri arasından zoraki bir tercih yapılması psikoterapinin yeğlenmesi ile sonuçlanıyor gibi görünmekte, fakat belirli bir tedavi çeşidinin kabul edilme düzeyi değerlendirildiğinde, çalışmalar, genellikle hem psikoterapötik hem de psikofarmakolojik tedavinin yüksek oranda kabul gördüğünü bildirmektedir (34-37).

Toplum, psikoterapinin etkinliğini abartma eğilimindedir; öyle ki, Şizofreni gibi, bilimsel kanıtların psikofarmakolojik tedavinin endike olduğunu gösterdiği durumlarda dahi, tek tedavi yolu olarak psikoterapiyi önerebilmektedir (22,38). Öte yandan, psikotrop ilaçların olumsuz etkileri gerçekte olduğundan daha şiddetli algılanırken, olumlu etkileri hafife alınmaktadır (31,39,40). Bazı durumlarda, katılımcılar psikiyatrik ilaçların etkili olduğunu kabul etseler de, çoğunluğu, bunları kullanmakta gönüllü olmayacaktır (41).

Psikotropolar hakkında toplumda yaygın olan beş yanlış

kanı tespit edilmiştir. İlaçlar, “bağımlılıkyapıcı” (30,31,39,42-44), “tedavi etmeden sakinleştiren” (30,38,39,44-46), “kişiliği işgal eden” (39), “hastaları sadece uyuşturan” (40) ve “alevlenmeleri önlemede etkisiz” (30) olarak algılanmaktadır. Bu yanlış kanılar, geleneksel şifacılar, Batı tarzı eğitim almış doktorlardan daha çok güven duyulan Afrika’da da geçerlidir (47,48).

Elektrokovulsif tedaviye (EKT) yönelik olumsuz tutumlar sıkça gözlenmiştir. Örneğin, Avustralya’lılarda yapılan bir çalışmada, katılımcıların %70’i EKT’yi zararlı olarak algılamaktayken sadece %7’si yararlı olarak algıladığını bildirmiştir (22).

### Tıp Öğrencileri

Tıp öğrencilerinde sonuçlar karışık, bazen de çelişkilidir. Bir disiplin olarak psikiyatrinin saygınlığı genelde düşüken, bazı çalışmalar, ya zaman içinde (49,50) ya da tıp fakültesinde psikiyatri eğitiminin tamamlanması sonrasında (51-71) tutumlarda olumlu değişiklikler olduğunu bildirmekte ise de, tutumlardaki bu iyileşme geçici gibi görünmektedir (72-75). Diğer çalışmalarda, tutumlarda hiçbir iyileşme kaydedilmemiştir (76-83). Olumlu tutumlara rağmen kariyer olarak psikiyatriyi seçeceğini belirten tıp öğrencisi oranı genelde düşüktür (84-91).

Diğer tıp dalları arasında prestijinin ve saygınlığının daha düşük olduğu algısı, kariyer olarak psikiyatriyi seçmemek için belirtilen ana nedenler arasında yer almaktadır (49,87,92-111). Yakın zamanda, ABD’de tıp öğrencileriyle, en çok hangi tıp dallarının eleştirisi hedefi olarak algılandığı konusunda yapılan bir anket çalışmasında, psikiyatri, aile hekimliği ve iç hastalıklarından sonra üçüncü (%39) sırayı almıştır (112).

Psikiyatriye yönelik bir ilgi olduğunda, bunun birincil olarak, psikiyatrinin ilgi çekici ve entelektüel yönden meydan okuyuculuğuna (77,101,110) ve iş tatmini açısından umut vaat eden bir kariyer sağlamasına bağlı olduğu düşünülmüştür (101,113,114). Tıp öğrencileri, genelde, psikiyatriyi (entelektüel yönden) meydan okuyucu bir kariyer seçeneği olarak görmemekte (101,115-117) ve onu, mesleki doyumu düşük, memnuniyeti sınırlı bir uzmanlık alanı olarak görmektedir (109). Bununla birlikte, bazı diğer çalışmalarda, psikiyatri, entelektüel meydan okuma açısından ele alındığında birinci sırada çekici bulunmaktaydı (92,118,119).

Öğrencilerin tutumları ve psikiyatride bir kariyer hedefleyip hedeflemeyecekleri üzerinde etkisi olan bir diğer faktör de ailelerin etkisidir. Öğrenciler kendilerini aileleri tarafından engellenmiş hissetmeseler de (100,104), örneğin, psikiyatride uzmanlaşmanın “zaman kaybı” olduğu gibi stereotipler tıp öğrencilerinin aileleri arasında yaygındır (94,120). Ne olursa olsun, bu tutum psikiyatrinin “gerçek tıp” olmadığına dair bir tasarımı yansıtmaktadır (109).

Bir bilim dalı olarak psikiyatrinin imgesinin oluşumunda, düşük ücret (49,87,92,99,106,107,109,116,121-124) ve devlet ödeneğinin olmaması (103, 125-129) gibi finansal etkenler de rol almaktadır. Bu finansal zorluklar, tıp öğrencilerinin hem klinik hem de araştırma ortamlarındaki tutumlarını etkilemektedir.

Ayrıca tıp öğrencileri, psikiyatryi sağlam, güvenilir bilimsel temellerden yoksun olarak algılamaktadır (92,97,101,109,117,119,130-135). Bu tutum kısmen, tıp öğrencilerinin psikiyatrye girmeme nedenleri arasında sayılan, ruhsal hastalıkların nozolojisi ve tanısı ile ilgili belirsizliğe dayanmaktadır (109,136,137). Ruhsal bozuklukların DSM ve ICD kategorilerindeki sınıflandırılması, tanı ölçütlerinin çoğunun geçerliliklerinin biyolojik ölçütler ile gösterilememesi nedeni ile eleştiri konusu olmaktadır (138-141) ve bu da psikiyatryin “gerçek tıp” olmadığı imgesini güçlendirmektedir. Bu tartışmanın bir yönü de, araştırmaya alım ölçütü olarak geçerliliği gösterilememiş tanılarının kullanıldığı araştırmanın “eşit derecede geçersiz” olup olmadığı sorusudur (142).

Tıp öğrencilerinin, psikiyatryik tedavi ve sonuçları ile ilgili görüşleri hakkında farklı sonuçlar mevcuttur. Çalışmalarda, tıp öğrencileri genelde, psikiyatryik tedavinin etkisiz olduğu (115,143) ve psikiyatryin “çok yavaş yol aldığı” görüşünü belirtmiştir (133).

Tıp öğrencilerinin genelde, psikotrop ilaçlar konusunda, genel topluma oranla daha az kuşkucu oldukları saptanmıştır (144,145). Bununla birlikte, psikotrop ilaçlar, hastalığın gerçek nedenini hedeflememekle suçlanmıştır (146). Bazı durumlarda, psikoterapi daha olumlu değerlendirilmiştir (147).

Tıp öğrencilerinin EKT'ye yönelik tutumları da farklılık göstermektedir. Katılımcıların çoğunluğu, EKT'yi bir ceza gibi (148,149) gördüğünü ancak son seçenek olarak kullanılması gerektiğini (150) bildirmiştir. Diğer yandan, Nijerya'da yapılan bir çalışmada tıp öğrencilerinin çoğunluğu, EKT'nin bir ceza şeklinde kötüye kullanıldığı görüşüne katılmamışlardır (151). İngiltere'deki öğrencilerin, Irak ve Mısır'daki akranlarında bu oranın %30 civarında bulunmasının aksine, psikiyatristlerin EKT'yi kötüye kullandığı endişesinde olmadıkları bildirilmiştir (152). EKT'ye yönelik olumsuz tutumlar kitle iletişim araçları ve filmlerdeki tasarımlara atfolunabilir (148,153); İngiltere'deki öğrencilerin ise EKT ile tedavi edilen olguları yakından gözlemlemiş olma olasılıkları daha yüksektir (152,154).

### *Sağlık Çalışanları*

Aile hekimlerinin psikiyatrye yönelik tutumları bir kaç çalışmada araştırılmıştır. Hastaları sevk etmemelerinin altında yatan iki neden saptanmıştır (155): psikiyatryik tedavinin etkinliği ve hastaların damgalanması ile ilgili kaygılar. Psikotrop ilaçlar sıklıkla gerekli görülmüş, ancak bunun yanı sıra psikoterapi ve psikoterapi ile kombine edilen yaklaşımlar da önerilmiştir (156,157).

Psikiyatristlerin bakış açısından psikiyatryinin imgesi, henüz yeterli kadar araştırılmamıştır. Psikiyatrist ve pediatristlerden oluşan bir örneklem üzerinde uzmanlık alanlarından aldıkları doyumun değerlendirildiği bir çalışmada, psikiyatristler arasında doyumun yüksek olduğu ve pediatristlerle karşılaştırıldığında doyum açısından bir fark olmadığı saptanmıştır (158). Doktorların ilk seçtikleri uzmanlık alanını bırakma nedenlerini araştıran Lambert ve arkadaş-

ları (136), psikiyatristlerin belirttiği temel gerekçelerin, uzmanlık alanının toplumdaki düşük imgesi, diğer doktorlar arasında saygı duyulmaması ve kaynak yetersizliği algısı olduğunu bildirmektedir. İngiltere'den bir çalışma, şizofrenik bozuklukları olması halinde, psikiyatristlerin yalnızca %71'inin antipsikotik almaya istekli olduklarını bildirmiştir (159).

Hemşirelik öğrencilerinin ve hemşirelerin psikiyatrye yönelik tutumlarının olumlu olduğu saptanmıştır (160-166). Aynı durum eczacılık öğrencileri için de geçerlidir (167).

Sağlık çalışanlarının özgül psikiyatryik tedavilere yönelik tutumları genel toplum ve tıp öğrencileri ile benzer görünmektedir. Öyle ki, depo uygulamalar genelde baskıcı ve hasta özerkliğine zarar verici olarak algılanmakta (168, 169), psikoterapi antidepresanlara tercih edilmekte (170) ve psikotrop ilaçlar sıklıkla son tercih olarak kabul edilmektedir (171). Bununla birlikte, sosyal hizmet çalışanlarının psikotrop ilaçlara yönelik olumlu tutumları olduğu bulunmuştur (172,173). Psikiyatrist ve hemşire dışındaki ruh sağlığı çalışanlarının %85'i akrabalarında şizofrenik bozukluk bulunması halinde, onlara antipsikotik önerceklerini belirtirken, aynı durum kendileri için geçerli olduğunda sadece %35'i antipsikotik kullanabileceklerini belirtmiştir (159). Psikiyatryi hemşireleri EKT'yi sadece çok şiddetli depresyon olgularında önermiştir (174). İrade dışı uygulanan tedavi yöntemleri, hemşirelerde güçlü duyguları tetiklemiştir (175,176).

### *Hasta ve Yakınları*

Bir çalışmada psikiyatryiste sevk edildiği halde başvurmaya hastaların en sık belirttiği neden, tedavi ve onun niteliği ile ilgili olumsuz beklentilerden çok, ruhsal hastalığa bağlı damgalanma korkusuydu (177). Hastalar genelde tedavinin yararlı olacağını ummaktadır (178,179) ve bir toplum ruh sağlığı merkezinde yürütülen çalışmada, ayaktan hastaların çoğunun gördükleri tedaviden memnun olduğu anlaşılmıştır (180,181). Bununla birlikte, EKT gibi tedavi yöntemlerinin acı verici olacağı ve ilaçların kendi rızalarının dışında uygulanacağı gibi olumsuz beklentiler, hastalar tarafından sıklıkla bildirilmektedir (26,182).

Özgül psikiyatryik tedaviler açısından, hasta ve yakınları, psikotrop ilaçlarla ilgili olarak toplum genelinde bulunan stereotipleri paylaşmaktadır. Öyle ki, bu ilaçlar, genellikle, bağımlılığa neden oldukları (32,183-185), hastalığın ana nedenini hedeflemedikleri (32), kişilik değişikliğine neden oldukları (179,186) ve normal duyguları bastırdıkları (184) düşüncesiyle reddedilmektedir. Bazı çalışmalar psikoterapinin psikofarmakolojik tedaviye açıkça tercih edildiğini (19,26,187,188) ve hastaların sıklıkla tedavinin başlangıcında psikotrop ilaç tedavisi beklentisinde olmadıklarını göstermektedir (178,179,189). Sıklıkla, psikiyatryik tedavinin ya yavaş etki gösterdiği ya da tamamıyla etkisiz olduğu düşünülmüştür (190).

Bununla birlikte, genel toplumla kıyaslandığında, psikiyatryi hastaları ve yakınlarının psikotrop ilaçlara yönelik biraz daha olumlu tutumlarının olduğu bulunmuştur (191-

195) ve bazı çalışmalar bu tedavi yönteminden tatminin yüksek olduğunu bildirmektedir (196-198). Geçmişlerinde hastaneye yatış öyküsü bulunan hastalar psikiyatrik tedaviye yönelik daha olumlu tutum sergilemiştir (199-201).

EKT, hastalar tarafından, etkin bir tedavi yöntemi olarak görülmele birlikte (202,203); çoğu, şiddetli yan etki beklendiğinden (204,205), sıklıkla onu son tedavi seçeneği olarak düşünmekteydi. Fakat bu durum daha önce EKT uygulanmış hastalar için geçerli değildi (206-208). Buna benzer bir biçimde, hastaların çoğunluğu, zorunlu tedaviyi, özerkliklerini sınırlandıracağı için onaylamadıklarını belirtmişken, çoğunluğu, yaşadıkları zorunlu tedavi deneyimlerini yararlı bulmuştur (197,209-218).

## Medya

Psikiyatrinin haber ve magazin basınındaki genel betimleniş biçimi ağırlıklı olarak olumsuzdur. Bir yorumda psikiyatri, “bilimsellikten, bilimsel yöntemlerden ya da etkin tedavi tekniklerinden uzak bir disiplin” olarak betimlenmiştir (219). Gazeteler ve filmler sıklıkla, psikiyatri hastanelerine dair olumsuz bir görüntü yansıtmaktadır (220,221). Bu görüntüler hızlı bir şekilde tüm psikiyatrye genellenir ve psikiyatrinin olumsuz imgesini daha da kuvvetlendirir (222,223). Modern toplum ruh sağlığı merkezleri nadiren basında yer almaktadır (224).

Psikiyatrik tedavinin tasviri de, etkin olmayan cezalandırıcı elektroşoklar (225), psikanalitik tedavi ya da zorla hastaneye kapatılmaların (224,226,227) egemen olduğu sahnelerle, genelde olumsuzdur. “Psikiyatrinin Hollywood mitolojisi” (228) başarılı tedavinin temelini ilaçlara ve tedricen ilerlemeye değil, bir kerelik katarsis yaşantısına dayandığı görüşündedir. Gazetelerin psikotrop ilaçlarla ilgili yazıları kardiyojoloji ilaçlarıyla ilgili yazılara kıyasla daha eleştireldir; bu yazılarda daha çok olumsuz yan etkiler vurgulanıp işe yarar etkileriyle ilgili bilgilere yer verilmektedir (229,230). EKT ile ilgili yazılar sıklıkla olumsuz ve önyargılıdır (231). Bazı gazeteler psikiyatri ve endüstri arasındaki ilişkiyi tekrar tekrar eleştirmiştir (232).

## Psikiyatristlerin Damgalanması

### Genel Toplum

Toplumdaki psikiyatrist imgesi genelde olumsuzdur ve onların eğitimleri, uzmanlıkları ve hedefleri hakkındaki yetersiz bilgiye dayanmaktadır. Örneğin, psikiyatristlerin tıp doktoru olduğu genelde bilinmemekte ve eğitim süreleri azımsanmaktadır (6,182,233-235). Doktorlar (236), akademisyenler (235) ve ruh sağlığı çalışanları arasında (237) statülerinin düşük olduğu düşünülmektedir. Pek çok çalışma, psikiyatrist ile farklı ruh sağlığı çalışanları arasındaki ayrılaşmanın, ama özellikle psikologlar ile ayrılaşmanın yetersiz yapıldığını bildirmektedir (233,237,238). Sadece iki çalışma katılımcıların meslekler arasındaki ayrımı

yapabildiğini bildirmiştir (6,235). Psikiyatristler ilaçlara çok fazla bel bağlamakla suçlanmaktadır (239). Bir ruh sağlığı problemi olduğunda, sıklıkla, psikiyatrist tarafından tedavi edilmektense, bir dert ortağı (25,27,34) ya da aile hekiminden (241-242) yardım istenmesi önerilmektedir. Buna rağmen, toplumun sadece küçük bir azınlığı “psikiyatristler işe yaramazdır” stereotipini desteklemektedir (22,236,237,243).

Psikiyatristlerin mesleki rolü ile ilgili olarak birbiriyle yarışan stereotipiler mevcuttur (244,245). Bir taraftan, topluma uyumlu davranışı garantileme amacı olan bir “baskı unsuru” (244) ve “insanların zihnini okuyabilen” (18) bir kişi şeklinde algılanmaktadır. Psikiyatristlerin gerçekten hastalarını anlamak istemedikleri ve onlara düşmanca davrandıkları da zaman zaman öne sürülmektedir (6,107). Diğer yandan, bazen de psikiyatristler, tedavi başarısı ve iyileşme ile ilgili abartılı beklentilerle birlikte; kahin, ilahi özellikleri olan ya da şefkatli kurtarıcı şeklinde algılanmaktadır (244).

Psikiyatristlerle ilgili diğer bir yanlış kanı onların, sanığın ruhsal sağlığı hakkında mahkemelerde tanıklık yapan bilirkişilik görevi ile ilgilidir. Psikiyatristlerin, sanığın davranışları hakkındaki açıklamaları, sıklıkla “suçlu için kaçamak noktası oluşturmak” biçiminde yanlış anlaşılmaktadır (246,247). Bu bağlamda katılımcılar, psikiyatristlerin hukuki ehliyetsizliği saptama becerilerine güvenlerinin düşük olduğunu bildirmişlerdir. Benzer biçimde, adli psikiyatristlerin tanıklıklarının bu alandaki uzmanlıklarına dayanmayıp, maddi çıkar güttüğü ileri sürülmüştür (219,248,249). Bütün bunlara rağmen avukat ve yargıçların çoğunluğu bu güven düşüklüğü stereotipisini onaylamamıştır (250).

Literatürde, psikiyatristleri tanımlamada kullanılan, delilik, tuhaflık ve istismarcılık şeklinde adlandırılan üç stereotipi daha bulunmaktadır. Tartışmalı bir biçimde, en yaygın olanı, psikiyatristlerin ruh sağlığı sorunları yaşayan kişiler olduğudur (18,233, 239,251). Halbuki, toplumun gerçekten bu stereotipi onayladığına yönelik doğrudan ampirik kanıt sunan herhangi bir çalışmaya rastlamadık. Genel toplum üzerinde yürütülen bir çalışmada (236) çoğunluk, psikiyatristleri yardımsever ve güvenilir olarak tanımlarken sadece küçük bir azınlık onlara yönelik kurnaz ya da anlaşılabilir biçimde tasarımlar bildirmiştir. Fakat Avustralya’da yapılan bir çalışmada katılımcılar, ruh sağlığı çalışanları arasında tercih seçeneği sunulduğunda, en çok psikiyatristlerle konuşurken kendilerini rahatsız hissettiklerini ve algılanan tuhaflık hissinde onları en üst sıraya yerleştirdiklerini bildirmiştir (237). En son olarak, psikiyatristler, cinsel çıkar elde etmeye kadar varabilecek derecede hastalarını sömüren ve ellerindeki gücü kötüye kullanan (51), tehlikeli ve manipülatif istismarcılar olarak görülmüştür (107,252).

### Tıp öğrencileri ve sağlık çalışanları

Tıp öğrencileri sıklıkla, öğrenimleri ve stajları sırasında tıp fakültesindeki hocalarından, psikiyatristler hakkında olumsuz, aşağılayıcı sözlere kulak misafiri olduklarını bildirmektedir (112,120). “Psikiyatristler delillerle uğraşabil-



diğine göre onlar da deli olmalıdır” (244) ya da “delilerle uğraşırsan sen de delirirsin” (120) kanılarına dayanarak tıp öğrencileri, psikiyatristleri diğer sağlık çalışanlarına göre duygusal yönden daha dengesiz ya da daha nevroitik olarak algılamaktadır (65,94,97,253). Ayrıca, tıp öğrencileri psikiyatristleri karmaşık ve anlaşılmalari zor olan tuhaf, kafası karışık ve bulanık düşünürler olarak da görebilmektedir (79,94,253,254).

Tıp topluluğu içinde, psikiyatristler, sıklıkla düşük statü olarak kabul edilirler. Bazı yazarlar “tıp topluluğu gözünde saygınlıklarının olmadığını” (120), bunun da, psikiyatristleri “güvenilmez, etkisiz, işe yaramayan ve anlaşılmaz” stereotiplerle tanımladığını (244) ileri sürmektedir. Aile hekimlerinden psikiyatrıstlere gönderilen sevk yazılarında, fiziksel semptomlarla ilgili bilgilerin nadiren yer alması da, psikiyatristlerin “gerçek doktor olmadıkları” algısını yansıtmaktadır (255). Her şeye rağmen, tıp doktorları, psikiyatristlerin ruhsal hastalığı olan kişilere yardım edebileceğini ve gereken uzmanlığa sahip olduklarını bildirmektedir (256). Ayrıca, konsultan psikiyatristleri, uzun vadede, tedaviyi yönlendiren kişi olarak istemediklerini (250,261) belirtmelerine rağmen, onların önerilerine değer verdiklerini ve bu önerileri almayı arzu ettiklerini (257-259) bildirmişlerdir. Bu olumlu tutumlara rağmen, psikiyatrist olmayan doktorların %35’i psikiyatristleri diğer doktorlardan duygusal yönden daha dengesiz ve %51’i nevroitik olarak görmektedir (256).

Diğer yandan, psikiyatristler, kendilerini diğer tıp dallarındaki meslektaşlarından daha fazla içgörü sahibi, daha az otoriter, daha kültürlü ve olgun olarak değerlendirmiş ve %77’si kendilerinin daha nevroitik olduğu görüşüne karşı çıkmıştır. Ancak, psikiyatristler, kendilerine ilişkin olumsuz imgerlerin fazlasıyla farkındadır (246,256,262).

Psikiyatristler genelde, diğer ruh sağlığı çalışanları tarafından daha çok kabul ediliyor gibi görünmektedir (263,264). Psikologlar, hemşireler ve sosyal hizmet çalışanları psikiyatristleri, daha soğuk görseleler de, diğer meslek gruplarıyla eşit yeterlilikte değerlendirmektedir (265).

### *Hasta ve yakınları*

Hasta ve yakınlarının psikiyatrıstlere yönelik tutumları ikirciklidir. Hastanede yatış sürecinde tutumların daha da olumlu olması yanında (161), psikiyatristlerin performansından duyulan tatmin de artma eğilimindedir (196,198). Sık dile getirilen bir yakınma ruh sağlığı hizmetleri veren kurumlarda var olan zaman baskısı ve dolayısıyla derin görüşmeler için gereken zamanın kısıtlılığıdır (196,266-269). Bazı hastalar, psikiyatristleri, kontrolcü (267) olarak tanımlamışlar, bazı hasta yakınları da küstah (268) olarak algılamışlardır. Strehlow ve Piesiur-Strehlow (270), ebeveynlerin psikiyatristlerin uzmanlıklarına ilgili bilgi yetersizlikleri ve olumsuz tutumları nedeniyle, ruhsal sorunları olan çocukları için psikiyatristleri son çare olarak tercih ettiklerini ortaya koymuştur.

### *Medya*

Psikiyatrıstlere dair, toplumda yaygın olan stereotiplerin çoğu, onların medyada sunulan portrelerinde de bulunabilmektedir. Örneğin, psikiyatristler yardımcı olmayan, etkin tedavi sunmayan (128,224) ve hastalarının davranışlarını açıklayamayan ya da öngöremeyen kişiler olarak resmedilmektedir (271). Dahası psikiyatristler için aşağılayıcı ve argo sözler sıklıkla kullanılmaktadır (107). Kontrolü elinde tutan, kötü niyetli psikiyatrist (272), baskıcı devletin bir görevlisi (227) gibi nitelermeler geçen yüzyılın ilk yarısı için tipikti (228). Sonraki yıllarda, farklı psikiyatrist alt grupları ortaya çıktı. Örneğin, Schneider, sırasıyla, deli psikiyatrist, çok iyi tedavi eden psikiyatrist ve sınırları ihlal eden istismarcı psikiyatrist stereotiplerini temsil eden (273) Dr. Dippy (Çatlak Doktor), Dr. Wonderful (Harika Doktor) ve Dr. Evil (Şeytan Doktor) tiplerini tanımlamıştır. Benzer bir sınıflandırma bir film analizini temel alarak ileri sürülmüştür (226). Tipik olarak, psikiyatrıstlere yönelik olumlu atflar, onların her zaman hastaları için ulaşılabilir olmasını içermektedir (228). Amerikan sinemasına dair bir gözden geçirme çalışması (274), psikiyatristlerin, incelenen filmlerin yaklaşık yarısında yardım sever ve cana yakın olarak, diğer yarısında ise, sınırları ihlal eden bir istismarcı olarak betimlendiğini ortaya çıkarmıştır.

### **PSİKİYATRİ VE PSİKİYATRİSTLERİN DAMGALANMASI İLE MÜCADELE İÇİN YAPILABİLECEK GİRİŞİMLER**

Psikiyatri ve psikiyatristlerin damgalanması ile ilgili yayınları gözden geçirdiğimizde, damgalamayla mücadele girişimlerinin geliştirilmesi ve değerlendirilmesi konusunda çok az araştırmanın bulunduğu ortaya çıkmıştır. Bu az sayıdaki çalışmanın sonuçları psikiyatriye yönelik damgalama ve psikiyatrıstlere yönelik damgalama olarak ayrı ayrı sunulacaktır.

### **Psikiyatrinin damgalanması ile mücadele için yapılabilecek girişimler**

Psikiyatrik tedaviye yönelik damgalama konusunda, “ruh sağlığı ilk yardım kursu” sürecinde kişilerin ruhsal hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerini arttırmanın, genelde önerilen tedavilere uyumu da arttırdığı yönünde bazı kanıtlar mevcuttur (275). Ruh sağlığı hastalıkları ve tedavileri hakkında bilgi akışının sağlanmasının yanı sıra bu hastalıkları yaşayan kişilerle bire bir temasa geçmenin, toplum temelli hizmetlere yönelik tutumları iyileştireceği yönünde de bazı kanıtlar mevcuttur (276). Battaglia ve ark. (277), bir psikiyatrist tarafından ruh sağlığı konusunda lise öğrencilerine yönelik yapılan bir sunumun, sadece ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi düzeyini arttırmakla kalmayıp; olasılıkla yakınlık hissedilmesi nedeniyle, onlardan yardım arama davranışını ve onlara verilen değeri de arttırdığını bulmuştur.

Psikiyatrinin medyadaki tasarımını, özellikle tedavi yöntemleri ve başarısı ile ilgili gerçekçi beklentileri geliştirerek değiştirmek kamuoyunu değiştirmek için önemli bir ön koşuldur (234,239). Stuart (278) psikiyatrik tedaviler ve onu kullananlar hakkında daha gerçekçi bir tablonun sunulabilmesi için, hastalar kadar ruh sağlığı çalışanlarının da medyada daha sık yer alması gerektiğini ileri sürmektedir. Ruh sağlığı çalışanları için medya eğitimleri verilmesi, onların güvenilirliğini ve verecekleri mesajların kabul edilebilirliğini artırabilir. Kutner ve Bresin (279) tarafından, psikiyatristler ve medya arasındaki ilişkileri geliştirmeyi amaçlayan özgül bir girişim tanımlanmıştır. Medyadaki bir söyleşi ortamında güvensizlik duygusunun küstahlık izlenimi yaratabileceği düşüncesine dayanarak, özel bir medya eğitimi programı geliştirdiler. Altı psikiyatri asistanının katıldığı grup çalışmalarında, medya ve işlevleri hakkında bilgi verilmiş ve canlandırmalar yapılarak iletişim ve sunum becerileri geliştirilmiştir. Yazarlar, resmi bir değerlendirme yayınlamalarına rağmen, eğitimlerle ilgili olumlu deneyimler elde ettiklerini iddia etmektedirler.

Tıp öğrencilerinin psikiyatrye yönelik tutumlarını değiştirmeyi amaçlayan girişimler eğitim yöntemlerinde ve müfredatında değişiklik yapılmasını merkez almıştır. Değişik eğitim tekniklerinin (örneğin, geleneksel ve probleme dayalı eğitim) karşılaştırıldığı çalışmalarda, birinin diğerine üstünlüğü gösterilememiştir (55,67,72). Singh ve arkadaşlarının çalışmasına (67) göre, bilgi edinmek, psikiyatrik girişimlerin tedavi edici potansiyellerinin farkına varmak ve hastayla doğrudan ilişki içinde olmak psikiyatrye ilişkin tutumları iyileştirebilir ve psikiyatrinin bir kariyer seçeneği olarak çekiciliğini artırabilir.

Psikiyatrik tedavinin etkin olmadığı yönündeki yanlış anlaşılmayı düzeltmek için Coodin ve Chisholm tarafından (280) özgül bir yaklaşım geliştirilmiştir. Şizofrenisi bulunan kişilerdeki iyileşme konusunda, hem ruh sağlığı çalışanı hem de hizmeti alan kişi tarafından verilen bir seminer, ruhsal hastalıkların tedavisi ile ilgili algının iyileşmesini sağlamıştır. Lambert ve arkadaşları (136), psikiyatristleri işlerinde tutabilmek için, psikiyatrinin olumsuz imgesi ile mücadelede tıp fakültesinde başlanması ve doktorluğun ilk yıllarındaki eğitimlerle de devam edilmesi gerektiğini savunmaktadır. Ayrıca, uzun soluklu bir kariyerin peşine düşmeden önce, yanlış tercihleri önlemek için, ilgili tıp fakültesi öğrencilerine psikiyatri intörlüğü sırasında daha çok deneyim kazanma olanağının sağlanmasını önermektedirler.

### **Psikiyatristlerin stigmatizasyonu ile mücadele için yapılabilecek girişimler**

Özellikle psikiyatristlere yönelik damgalama ve ayrımcılığı amaçlayan girişimlerin tanımlandığı herhangi bir çalışmaya rastlayamadık. Bununla birlikte, olumsuz imgeyi değiştirmeye yönelik (çoğunluğu medya ile olumlu ilişki geliştirmeye odaklanmış) birkaç öneri mevcuttur. Bunlar, psikiyatristlerin bilgi akışında etkin rol alması (233) ve ruh

sağlığı sorunları (281) ile adli vakalarda uzman görüşünün sunulmasını (282) içermektedir.

Quebec Psikiyatri Birliği, bir iletişim firmasının yardımıyla, psikiyatristlerin imgesinin nasıl iyileştirilebileceğine yönelik öneriler geliştirmiştir. Bu stratejiler, medyada daha çok görünmeyi, halkın ihtiyaçlarına ve kritik olaylara yanıt vermeyi ve psikiyatristlerin toplum içindeki görünürlüklerinin artırılmasını içermektedir (283). Ayrıca, psikiyatristlerin kendi mesleklerine yönelik eleştirilere halk önünde yanıt vermeleri gerektiğini de savunmaktadırlar. Toplumsal gönüllülüğün, kamunun takdirini kazanmak için önemli bir yaklaşım olduğunu ileri süren Felix (284) ve Davidson (285) tarafından da daha görünür olma ve daha çok topluma yönelme önerilmiştir.

Sağlık çalışanları arasındaki damgalamayı gidermeye yönelik olarak ise, damgalama konusunu psikiyatri eğitimi sırasında (120), tıp öğrencilerine, bir disiplin olarak psikiyatrinin gerçek tablosunun ortaya konması ve sevilen rol modellerinin sunulması yoluyla ele almak önerilmiştir (94,176,286). Kıdemli doktorlarla iyi ilişkiler kurulabilmesi için, bir psikiyatrist ile konsültasyon-liyezon bağlantıları kurulması önerilmiştir (287). Bu konuda, psikiyatristlerin, sağlam tıp bilgisine sahip “öncelikle bir hekim, ikinci sırada bir uzman doktor” olmaları önemlidir (176,288). Spiessl ve Cording (289) sevklerdeki gecikmeleri engellemek için, aile hekimleri açısından kolay ulaşılabilir bir psikiyatrik liyezon servisi oluşturulmasını önermektedir. Ayrıca, aile hekimleri için, onları hem ruhsal hastalıklarla hem de psikiyatrik hizmet olanaklarıyla ilgili bilgilendiren uygulamaya dayalı seminerlerin yapılmasını ve ayrıca sürekli eğitimin psikiyatrik liyezon hizmeti bağlamında sağlanması gerektiğini ileri sürmektedirler.

### **ÖNERİLER**

Psikiyatri ve psikiyatristlerin damgalanması ile ilgili literatür taramamız sonucunda, damgalamayı giderme amaçlı girişimleri geliştirme ve değerlendirmeye yönelik araştırmalar üzerine çok az sayıda yazı bulunabilmiştir. Temel sonuçlar, medya ile sıkı işbirliğinin önemine işaret etmektedir. Bu bağlamda; toplumla ilişkilerin geliştirilmesi ve psikiyatristlerin medyada psikiyatrik konularda uzman kişi olarak yer almasının yanı sıra psikiyatristlere yönelik medya ile iletişim yolları konusundaki seminerlerin psikiyatri ve psikiyatristlerin damgalanmasını gidermede etkin olduğu kanıtlanmıştır. Ayrıca medya, psikiyatrik tedaviler, hizmetler ve psikiyatristlerin görevi hakkında bilgi sunmak ve yanlış kanıları düzeltmek açısından önemli bir rol oynamaktadır. Psikiyatri ve psikiyatristlerin imgesinin iyileştirilmesi ile ilgili ikinci önemli sonuç, ruhsal hastalığı olan kişiler hakkındaki bilgi ile bu kişilerle kurulan iletişimin birleştirilmesidir. Tıp öğrencilerinin tutumlarına yönelik özel yaklaşımlar ise, psikiyatri hakkındaki damgalama ve yanlış kanıların tıp eğitimi sırasında ele alınması ve psikiyatri eğitiminin iyileştirilmesi önerilerini içermektedir.

Ayrıca WPA, psikiyatri ve psikiyatristlerin damgalanması ile mücadelede, şizofreniye yönelik damgalama ve ay-

rımcılığı giderme ile ilgili dünya çapında yürüttüğü programından (290-293) elde ettiği deneyimler ışığında, aşağıdaki etkinlikleri önermektedir.

### **Ulusal psikiyatri birliklerine öneriler**

*Ulusal psikiyatri birlikleri psikiyatrinin en iyi uygulama biçimlerini belirlemeli ve bunların ruh sağlığı hizmetleri sistemine uygulanmasını gerçekleştirmek için etkin bir biçimde çalışmalıdır.*

Psikiyatri Birlikleri, en iyi klinik uygulamalarla ilgili uygun kılavuzları yayınlamanın yanı sıra kılavuzların içeriğinin tıp müfredatına girmesinin ve bunların kullanımıyla ilgili eğitimlerin mezuniyet sonrası eğitimin ana bölümünü oluşturmasının yollarını bulmalıdır. En iyi klinik uygulamalar kılavuzlarının varlığı ve uygulandığı bilgisi kamuya sunulmalıdır.

Psikiyatri birlikleri, psikiyatriyle ilişkili klinik uygulama ya da araştırmalarda insan haklarına aykırı bir durum olduğunda, hızla hareket etmeyi garanti etmeli ve bu eylemlerinin etkilerini net bir şekilde duyurmalıdır. Psikiyatri pratiğinin niteliğinin kontrolünü sağlayacak tekniklerin geliştirilmesine ve bu tekniklerin uygulama alanının genişletilmesine önem vermelidirler. Hükümetlerle ilişkilerinde, ruhsal hastalığı olan kişilere sunulan hizmetlere dair bilimsel başarılar hakkında düzenli olarak bilgi vermelidirler. Sağlık endüstrisi ile olan ilişkilerinde tam bir şeffaflık sağlamaya çalışmalıdırlar.

*Ulusal psikiyatri birlikleri, ilgili akademik kuruluşlarla işbirliği içinde, mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimi müfredatını gözden geçiren düzeltmeler yapmalıdır.*

Bazı ülkelerde, tıp öğrencilerinin psikiyatri hakkında olumsuz görüşe sahip olduğu ve mezuniyet sonrası bir uzmanlık dalı olarak psikiyatryi seçenlerin sayısının azaldığı yönünde kanıtlar mevcuttur. Derlememizin de gösterdiği gibi, çoğu ülkede, bu durum, kısmen diğer bilim dallarındaki bu görüşü savunan öğretmenlerin etkisine bağlıken; kısmen de, tıp fakültelerinde psikiyatrinin sunulma ve öğretilme biçimine bağlıdır. Psikiyatrinin konusunu daha çekici hale getirebilecek çeşitli eğitim teknikleri mevcut olmasına rağmen bunlar sıklıkla kullanılmamaktadır. Bu eğitim teknikleri, ruhsal hastalıkların yanı sıra genel tıp pratiğinde de kullanılabilir becerilerin geliştirilmesine yönelik yoğun eğitimleri, psikiyatrik hastalıkları nedeniyle tedavi görmüş ve iyileşmiş kişilerle teması, ruhsal hastalıklar ve onların yarattığı yıkımla baş etme konusunda aile üyelerine eğitici olarak yer verilmesini, ruhsal hastalar için başarılı olmuş toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri içinde yer almayı, psikiyatrinin ilgi çekiciliğini arttırmak için yaz okulu ve değişim programlarını kullanmayı ve psikiyatri eğitiminin sinir

bilimleri ve davranış bilimleri eğitimleri ile bütünleştirilmesini içermektedir.

Medya ve hükümet temsilcileri ile birlikte çalışırken gerekli olan sunum ve iletişim becerileri, psikiyatrinin imgesini değiştirme çabaları için olduğu kadar, ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesinde de dikkate değer bir öneme sahiptir. Günümüzde bu teknikler sadece istisnai olarak öğretilmektedir. Mezuniyet sonrası eğitim, ruhsal hastalıkların damgalanmasının kaynağı ve onunla mücadele etme yolları ile ilgili eğitimi de kapsamalıdır.

*Ulusal psikiyatri birlikleri, diğer meslek örgütleri, hasta ve aile dernekleri ve ruhsal hastalıkların rehabilitasyonu ve ruh sağlığı hizmetleri ile ilgili kararların alınmasında etkin olan diğer derneklerle yakın ilişki ve işbirliği geliştirmelidir.*

Psikiyatri ve psikiyatristlerin imgesi büyük oranda diğer tıp uzmanlarının görüşüne ve psikiyatrik hizmet kullananların psikiyatri algısına dayanmaktadır. Psikiyatri Birlikleri sıklıkla diğer meslek örgütleri ve hasta ve yakınlarının dernekleri ile çok zayıf ilişkilere sahiptir; var olan ilişkiler de sıklıkla rekabete dayalıdır. Ortaklaşa projelerin (örneğin, ruhsal ve fiziksel hastalıkların birlikte görülmesi ile ilgili araştırmalar gibi) yürütülmesi, kılavuz ve tedavi standartlarının oluşturulmasında hasta ve yakınlarının dernekleri ile işbirliği yapılması, halen var olan mesafeyi azaltabilir ve psikiyatrinin imgesinin düzeltilmesine katkıda bulunabilir.

Hasta ve yakınlarının dernekleri ile işbirliği kurulması, psikiyatri servislerinin daha verimli ve hastalar için daha sıcak bir ortam haline getirilmesi çabalarına da katkıda bulunabilir. Bu konuda bazı ülkelerin sahip olduğu deneyimler (örneğin, ruh sağlığı hizmetlerinde ortaya çıkan sorunları çözmeye yardımcı olacak bir "ombudsman"ın ortaklaşa seçilmesi gibi ya da hasta ve aile derneklerinin temsilcileri ile ruh sağlığı programlarının liderleri arasında düzenli ortak toplantılar düzenlenmesi gibi) anlaşmazlıkları azaltabilir, temas ve işbirliği için olanak sağlayabilir.

Okullar ve öğretmen derneklerinin yanı sıra sosyal yardım kulüpleri gibi organizasyonlarla işbirliği de psikiyatrinin damgalanmasını gidermede yardımcı olabilir.

*Ulusal psikiyatri birlikleri medya ile sağlam işleyen ilişkiler geliştirmeli ve bu ilişkileri korumalıdır.*

Medyanın, toplumdaki yaygın tutumları oluşturmadaki rolü giderek daha çok önem kazanmaktadır. Medyanın psikiyatri uygulamaları hakkındaki bilgisi sıklıkla ya yetersiz ya da günü geçmiş bilgilerdir. Ulusal psikiyatri birlikleri, medya temsilcilerine güncel bilgi sağlamak ve onlarla iyi işleyen ilişkiler geliştirmek için, seminerler, düzenli bilgilendirme bültenleri, basın bültenleri, medya temsilcilerinin psikiyatri hizmetlerinin planlanmasına dahil edilmesi ve ülke için uygun olabilecek diğer yöntemler gibi değişik yöntemleri göz önünde bulundurmalıdır.

## Psikiyatri hizmetlerinin yöneticilerine ve bireysel çalışan psikiyatristlere öneriler

*Psikiyatristler davranışlarının, bir disiplin olarak psikiyatrinin ve bu disiplinin temsilcileri olarak kendilerinin damgalanmasına katkıda bulunabileceğinin farkında olmalıdırlar.*

Psikiyatristlerin klinik uygulamalarındaki davranışları psikiyatri ve psikiyatristlerin imgesi açısından belirleyici öneme sahiptir. Bu davranışların özellikle dikkat edilmesi gereken bileşenleri şunlardır: a) hasta ve yakınlarıyla saygılı bir ilişki geliştirilmesi; b) psikiyatrik araştırmalar ve uygulamalardaki gelişmeleri ve bunların klinik pratikte uygulanmasını yakından takip etmek; c) hasta bakımının sağlanması ve hizmetlerin organizasyonunda etik kuralları sıkı bir şekilde gözetmek; d) diğer tıp dallarından uzmanlarla ve sağlık çalışanlarıyla olduğu kadar ruh sağlığı bozukluğu olan kişilerin bakımında yeri olan diğer mesleklerle de işbirliği kurmak.

## Teşekkür

Yazarlar makalenin yazımındaki katkıları ve yardımları için Bn. M. Marekwica, Bn. K. Samjeske ve Bn. P. Schlamann'a teşekkür eder.

## Kaynaklar

1. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. World Psychiatry 2008; 7:129-30.
2. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. World Psychiatry 2009; 8:65-6.
3. Stuart H. Fighting the stigma caused by mental disorders: past perspectives, present activities, and future directions. World Psychiatry 2008;7:185-8.
4. Angermeyer MC. Public image of psychiatry. Results of a representative poll in the new federal states of Germany. Psychiatrische Praxis 2000;27:327-9.
5. Gibson R. The psychiatric hospital and reduction of stigma. In: Fink PJ, Tasman A (eds). Stigma and mental illness. Washington: American Psychiatric Press, 1992:185-8.
6. Redlich FC. What the citizen knows about psychiatry. Ment Hyg 1950;34:64-79. 7. Weinstein RM. Attitudes toward psychiatric treatment among hospitalized patients: a review of quantitative research. Soc Sci Med 1981;15:301-14.
8. Borinstein AB. Public attitudes toward persons with mental illness. Health Affairs 1992;11:186-96.
9. Arens DA. What do the neighbors think now? Community residences on Long Island in New York. Commun Ment Health J 1993;29:235-45.
10. Dear M. Understanding and overcoming the NIMBY syndrome. Journal of the American Planning Association 1992;58:288-300.
11. Lauber C, Nordt C, Haker H et al. Community psychiatry: results of a public opinion survey. Int J Soc Psychiatry 2006;52:234-42.
12. Takahashi LM. Information and attitudes toward mental health care facilities: implications for addressing the NIMBY syndrome. Journal of Planning Education and Research 1997;17:119-30.

13. Kobau R, Dilorio C, Chapman D et al. Attitudes about mental illness and its treatment: validation of a generic scale for public health surveillance of mental illness associated stigma. Commun Ment Health J 2010;46:164-76.
14. Flakerud JH, Kviz FJ. Rural attitudes toward and knowledge of mental illness and treatment resources. Hosp Commun Psychiatry 1983;34:229-33.
15. Yang LH, Phelan JC, Link BG. Stigma and beliefs of efficacy towards traditional Chinese medicine and Western psychiatric treatment among Chinese-Americans. Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology 2008;14:10-8.
16. Hamre P, Dahl AA, Malt UF. Public attitudes to the quality of psychiatric treatment, psychiatric patients, and prevalence of mental disorders. Nordic Journal of Psychiatry 1994;48:275-81.
17. Schnitker J. Misgivings of medicine?: African Americans' skepticism of psychiatric medication. J Health Soc Behav 2003;44:506-24.
18. Thornicroft G, Rose D, Mehta N. Discrimination against people with mental illness: what can psychiatrists do? Advances in Psychiatric Treatment 2010;16:53-9.
19. Britten N. Psychiatry, stigma, and resistance. Psychiatrists need to concentrate on understanding, not simply compliance. BMJ 1998; 317:963-4.
20. Lauber C, Nordt C, Falcato L et al. Lay recommendations on how to treat mental disorders. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2001;36:553-6.
21. De Toledo Piza Peluso E, Luis Blay S. Public beliefs about the treatment of schizophrenia and depression in Brazil. Int J Soc Psychiatry 2009;55:16-27.
22. Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. Mental health literacy as a function of remoteness of residence: an Australian national study. BMC Public Health 2009;9:1-20.
23. Angermeyer MC, Breier P, Dietrich S et al. Public attitudes toward psychiatric treatment. An international comparison. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005;40:855-64.
24. Angermeyer MC, Matschinger H. Public attitude towards psychiatric treatment. Acta Psychiatr Scand 1996;94:326-36.
25. Angermeyer MC, Matschinger H, Riedel-Heller SG. Whom to ask for help in case of a mental disorder? Preferences of the lay public. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1999;34:202-10.
26. Noble LM, Douglas BC, Newman SP. What do patients expect of psychiatric services? A systematic and critical review of empirical studies. Soc Sci Med 2001;52:985-98.
27. Angermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H. Mental health literacy and attitude towards people with mental illness: a trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany. Eur Psychiatry 2009;24:225-32.
28. Dahlberg KM, Waern M, Runeson B. Mental health literacy and attitudes in a Swedish community sample – investigating the role of personal experience of mental health care. BMC Public Health, 2008;8:1-10.
29. Lasoski MC. Attitudes of the elderly toward mental health treatment strategies. Dissertation Abstracts International 1984;44:2248b. 30. Hugo CJ, Boshoff DEL, Traut A et al. Community attitudes toward and knowledge of mental illness in South Africa. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2003;38:715-9.
31. Ozmen E, Ogel K, Aker T et al. Public opinions and beliefs about the treatment of depression in urban Turkey. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005;40:869-76.
32. Lazaratou H, Anagnostopoulos DC, Alevizos EV et al. Parental attitudes and opinions on the use of psychotropic medication in mental disorders of childhood. Ann Gen Psychiatry 2007;6:1-7.
33. Zoellner LA, Feeny NC, Cochran B et al. Treatment choice for PTSD. Behav Res Ther 2003;41:879-86.
34. Stones CR. Attitudes toward psychology, psychiatry and mental illness in the Central Eastern Cape of South Africa. South Afr J Psychol 1996;26:221-5.
35. Wagner AW, Bystritsky A, Russo JE et al. Beliefs about psychotropic medication and psychotherapy among primary care patients with anxiety disorders. Depress Anxiety 2005;21:99-105.

36. Givens JL, Katz IR, Bellamy S et al. Stigma and the acceptability of depression treatments among African Americans and Whites. *J Gen Intern Med* 2007;22:1292-7.
37. Ineland L, Jacobsson L, Renberg ES et al. Attitudes towards mental disorders and psychiatric treatment – changes over time in a Swedish population. *Nordic Journal of Psychiatry* 2008;62:192-7.
38. Jorm AF. Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry* 2000;177:396-401.
39. Benkert O, Graf-Morgenstern M, Hillert A et al. Public opinion on psychotropic drugs: an analysis of the factors influencing acceptance or rejection. *J Nerv Ment Dis* 1997;185:151-8.
40. De Las Cuevas C, Sanz EJ. Attitudes toward psychiatric drug treatment: the experience of being treated. *Eur J Clin Pharmacol* 2007;63:1063-7.
41. Croghan TW, Tomlin M, Pescosolido BA et al. American attitudes toward and willingness to use psychiatric medications. *J Nerv Ment Dis* 2003;191:166-74.
42. Hegerl U, Althaus D, Stefanek J. Public attitudes towards treatment of depression: effects of an information campaign. *Pharmacopsychiatry* 2003;36:288-91.
43. Kessing LV, Hansen HV, Demyttenaere K et al. Depressive and bipolar disorders: patients' attitudes and beliefs towards depression and antidepressants. *Psychol Med* 2005;35:1205-13.
44. Angermeyer MC, Held T, Görtler D. Pro and contra: psychotherapy and psychopharmacotherapy attitude of the public. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1993;43:286-92.
45. Pescosolido BA, Perry BL, Martin JK et al. Stigmatizing attitudes and beliefs about treatment and psychiatric medications for children with mental illness. *Psychiatr Serv* 2007;58:613-8.
46. Angermeyer MC, Matschinger H. Have there been any changes in the public's attitudes towards psychiatric treatment? Results from representative population surveys in Germany in the years 1990 and 2001. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111:68-73.
47. Akighir A. Traditional and modern psychiatry: a survey of opinions and beliefs amongst people in plateau state, Nigeria. *Int J Soc Psychiatry* 1982;28:203-9.
48. Alem A, Jacobsson L, Hanlon C. Community-based mental health care in Africa: mental health workers' views. *World Psychiatry* 2008;7:54-7.
49. Balon R, Gregory R, Franchini MD et al. Medical students' attitudes and views of psychiatry: 15 years later. *Acad Psychiatry* 1999;23:30-6.
50. Caldera T, Kullgren G. Attitudes to psychiatry among Swedish and Nicaraguan medical students: a cross-cultural study. *Nordic Journal of Psychiatry* 1994;48:271-4.
51. Bulbena A, Pailhez G, Coll J et al. Changes in the attitudes towards psychiatry among Spanish medical students during training in psychiatry. *Eur J Psychiatry* 2005;19:79-87.
52. Creed F, Goldberg D. Students' attitudes towards psychiatry. *Med Educ* 2009;21:227-34.
53. Lau AY, Offord DR. A study of student attitudes toward a psychiatric clerkship. *J Ass Am Med Coll* 1976;51:919-28.
54. Maxmen JS. Student attitude changes during "psychiatric medicine" clerkships. *Gen Hosp Psychiatry* 1979;1:98-103.
55. McParland M, Noble LM, Livingston G et al. The effect of a psychiatric attachment on students' attitudes to and intention to pursue psychiatry as a career. *Med Educ* 2003;37:447-54.
56. McParland M, Noble LM, Livingston G. The effectiveness of problem based learning compared to traditional teaching in undergraduate psychology. *Med Educ* 2004;38:859-67.
57. Balon R. Does a clerkship in psychiatry affect medical students' attitudes toward psychiatry? *Acad Psychiatry* 2008;32:73-5.
58. Brook P, Ingleby D, Wakeford R. Students' attitudes to psychiatry: a study of first- and final-year clinical students' attitudes in six medical schools. *J Psychiatr Educ* 1986;10:151-69.
59. Shelley RK, Webb MG. Does clinical clerkship alter students' attitudes to a career choice of psychiatry? *Med Educ* 1986;20:330-4.
60. Augoustinos M, Schrader G, Chynoweth R et al. Medical students' attitudes towards psychiatry: a conceptual shift. *Psychol Med* 1985;15:671-8.
61. Burch EA, Smeltzer DJ, Chestnut EC. Tutorial teaching of psychiatry – effects on test-scores, attitudes, and career choices of medical students. *J Psychiatr Educ* 1984;8:127-35.
62. Chung MC, Prasher VP. Differences in attitudes among medical students towards psychiatry in one English university. *Psychol Rep* 1995;77:843-7.
63. Das MP, Chandrasena RD. Medical students' attitude towards psychiatry. *Can J Psychiatry* 1988;33:783-7.
64. Holm-Petersen C, Vinge S, Hansen J et al. The impact of contact with psychiatry on senior medical students' attitudes toward psychiatry. *Acta Psychiatr Scand* 2007;33:308-11.
65. Moos RH, Yalom ID. Medical students' attitudes toward psychiatry and psychiatrists. *Ment Hyg* 1966;50:246-56.
66. Oldham JM, Sacks MH, Nininger JE et al. Medical students' learning as primary therapists or as participant/observers in a psychiatric clerkship. *Am J Psychiatry* 1983;140:1615-8.
67. Singh SP, Baxter H, Standen P et al. Changing the attitudes of 'tomorrow's doctors' towards mental illness and psychiatry: a comparison of two teaching methods. *Med Educ* 1998;32:115-20.
68. Sloan D, Browne S, Meagher D et al. Attitudes toward psychiatry among Irish final year medical students. *Eur Psychiatry* 1996;11:407-11.
69. Wilkinson DG, Greer S, Toone BK. Medical students' attitudes to psychiatry. *Psychol Med* 1983;13:185-92.
70. Wilkinson DG, Toone BK, Greer S. Medical students' attitudes to psychiatry at the end of the clinical curriculum. *Psychol Med* 1983;13:655-8.
71. Reddy JP, Tan SM, Azmi MT et al. The effect of a clinical posting in psychiatry on the attitudes of medical students towards psychiatry and mental illness in a Malaysian medical school. *Ann Acad Med Singapore* 2005;34:505-10.
72. Baxter H, Singh SP, Standen P et al. The attitudes of 'tomorrow's doctors' towards mental illness and psychiatry: changes during the final undergraduate year. *Med Educ* 2001;35:381-3.
73. Burra P, Kalin R, Leichner P et al. The ATP 30 – a scale for measuring medical students' attitudes to psychiatry. *Med Educ* 1982;16:31-8.
74. Sivakumar K, Wilkinson G, Toone BK et al. Attitudes to psychiatry in doctors at the end of their first post-graduate year: two-year follow-up of a cohort of medical students. *Psychol Med* 1986;16:457-60.
75. Araya RI, Jadresic E, Wilkinson G. Medical students' attitudes to psychiatry in Chile. *Med Educ* 1992;26:153-6.
76. Agbayewa MO, Leichner PP. Effects of a psychiatric rotation on psychiatric knowledge and attitudes towards psychiatry in rotating interns. *Can J Psychiatry* 1985;30:602-4.
77. Fischel T, Manna H, Krivoy A et al. Does a clerkship in psychiatry contribute to changing medical students' attitudes towards psychiatry? *Acad Psychiatry* 2008;32:147-50.
78. Galletly CA, Schrader GD, Chestemtan HM et al. Medical student attitudes to psychiatry: lack of effect of psychiatric hospital experience. *Med Educ* 1995;29:449-51.
79. Guttman F, Rosca-Rebaudengo P, Davis H. Changes in attitudes of medical students towards psychiatry: an evaluation of a clerkship in psychiatry. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 1996;33:158-66.
80. Kuhnigk O, Strebel B, Schilauke J et al. Attitudes of medical students towards psychiatry: effects of training, courses in psychiatry, psychiatric experience and gender. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2007;12:87-101.
81. Muga F, Hagali M. What do final year medical students at the University of Papua New Guinea think of psychiatry. *PNG Med J* 2006;49:126-36.
82. Tharyan P, John T, Tharyan A et al. Attitudes of 'tomorrow's doctors' towards psychiatry and mental illness. *National Medical Journal of India* 2001;14:355-9.
83. Bobo WV, Nevin R, Greene E et al. The effect of psychiatric third-year rotation setting on academic performance, student attitudes, and specialty choice. *Acad Psychiatry* 2009;33:105-11.
84. Alexander DA, Eagles JM. Changes in attitudes towards psychiatry

- among medical students: correlation of attitude shift with academic performance. *Med Educ* 1990;24:452-60.
85. Maidment R, Livingston G, Katona C et al. Change in attitudes to psychiatry and intention to pursue psychiatry as a career in newly qualified doctors: a follow-up of two cohorts of medical students. *Med Teach* 2004;26:565-9.
  86. Ndeti DM, Khasakhala L, Ongecha-Owuor F et al. Attitudes toward psychiatry: a survey of medical students at the University of Nairobi, Kenya. *Acad Psychiatry* 2008;32:154-9.
  87. Niaz U, Hassan S, Hussain H et al. Attitudes towards psychiatry in pre-clinical and post-clinical clerkships in different medical colleges of Karachi. *Pak J Med Sci* 2003;19:253-63.
  88. Niedermier JA, Bornstein R, Brandemihl A. The junior medical student psychiatry clerkship: curriculum, attitudes, and test performance. *Acad Psychiatry* 2006;30:136-43.
  89. Rao NR, Meinzer AE, Manley M et al. International medical students' career choice, attitudes toward psychiatry, and emigration to the United States: examples from India and Zimbabwe. *Acad Psychiatry* 1998;22:117-26.
  90. O'Flaherty AF. Students' attitudes to psychiatry. *Irish Med J* 1977; 70:162-3.
  91. Soufi HE, Raof AM. Attitude of medical students towards psychiatry. *Med Educ* 1991;26:38-41.
  92. Abramowitz MZ, Bentov-Gofrit D. The attitudes of Israeli medical students toward residency in psychiatry. *Acad Psychiatry* 2005;29:92-5.
  93. Berman I, Merson A, Berman SM et al. Psychiatrists' attitudes toward psychiatry. *Acad Med* 1996;71:110-1.
  94. Buchanan A, Bhugra D. Attitude of the medical profession to psychiatry. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85:1-5.
  95. Compton MT, Frank E, Elon L et al. Changes in U.S. medical students' specialty interests over the course of medical school. *J Gen Intern Med* 2008;23:1095-100.
  96. Eagle PF, Marcos LR. Factors in medical students' choice of psychiatry. *Am J Psychiatry* 1980;137:423-7.
  97. Furnham AF. Medical students' beliefs about nine different specialties. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986;293:1607-10.
  98. Gat I, Abramowitz MZ, Bentov-Gofrit D et al. Changes in the attitudes of Israeli students at the Hebrew University Medical School toward residency in psychiatry: a cohort study. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2007;44:194-203.
  99. Koh KB. Medical students' attitudes toward psychiatry in a Korean medical college. *Yonsei Medical Journal* 1990;31:60-4.
  100. Laugharne R, Appiah-Poku J, Laugharne J et al. Attitudes toward psychiatry among final-year medical students in Kumasi, Ghana. *Acad Psychiatry* 2009;33:71-5.
  101. Malhi GS, Parker GB, Parker K et al. Shrinking away from psychiatry? A survey of Australian medical students' interest in psychiatry. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2002;36:416-23.
  102. Monro AB. The status of psychiatry in the National Health Service. *Am J Psychiatry* 1969;125:1223-6.
  103. Neff JA, McFall SL, Cleveland TD. Psychiatry and medicine in the US: interpreting trends in medical specialty choice. *Sociol Health Illn* 1987;9:45-61.
  104. Pailhez G, Bulbena A, Coll J et al. Attitudes and views on psychiatry: a comparison between Spanish and U.S. medical students. *Acad Psychiatry* 2005;29:82-91.
  105. Rosoff SM, Leone MC. The public prestige of medical specialties: overviews and undercurrents. *Soc Sci Med* 1991;32:321-6.
  106. Singer P, Dornbush RL, Brownstein EJ et al. Undergraduate psychiatric education and attitudes of medical students towards psychiatry. *Compr Psychiatry* 1986;27:14-20.
  107. von Sydow K. Das Image von Psychologen, Psychotherapeuten und Psychiatern in der Öffentlichkeit. *Psychotherapeut* 2007; 52:322-33.
  108. Yager J, Lamotte K, Nielsen A III et al. Medical students' evaluation of psychiatry: a cross-country comparison. *Am J Psychiatry* 1982;139:1003-9.
  109. Wigney T, Parker G. Factors encouraging medical students to a career in psychiatry: qualitative analysis. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2008;42:520-5.
  110. Lee EK, Kaltreider N, Crouch J. Pilot study of current factors influencing the choice of psychiatry as a specialty. *Am J Psychiatry* 1995;152:1066-9.
  111. Creed F, Goldberg D. Doctors' interest in psychiatry as a career. *Med Educ* 1987;21:235-43.
  112. Holmes D, Tmuuliel-Berhalter LM, Zayas LE et al. "Bashing" of medical specialties: student's experiences and recommendation. *Fam Med* 2008;40:400-6.
  113. Ghadirian AM, Engelsmann F. Medical students' interest in and attitudes toward psychiatry. *J Med Educ* 1981;56:361-2.
  114. Samuel-Lajeunesse B, Ichou P. French medical students' opinion of psychiatry. *Am J Psychiatry* 1985;142:1462-6.
  115. Calvert SH, Sharpe M, Power M et al. Does undergraduate education have an effect on Edinburgh medical students' attitudes to psychiatry and psychiatric patients? *J Nerv Ment Dis* 1999;187: 757-61.
  116. Feifel D, Moutier CY, Swerdlow NR. Attitudes toward psychiatry as a prospective career among students entering medical school. *Am J Psychiatry* 1999;156:1397-402.
  117. Malhi GS, Parker GB, Parker K et al. Attitudes toward psychiatry among students entering medical school. *Acta Psychiatr Scand* 2003;107:424-9.
  118. Maidment R, Livingston G, Katona M et al. Carry on shrinking: Career intentions and attitudes to psychiatry of prospective medical students. *Psychiatr Bull* 2003;27:30-2.
  119. Yellowlees P, Vizard T, Eden J. Australian medical students' attitudes towards specialties and specialists. *Med J Australia* 1990; 152:587-8, 591-2.
  120. Cutler JL, Harding KJ, Mozian SA et al. Discrediting the notion "working with 'crazies' will make you 'crazy'": addressing stigma and enhancing empathy in medical student education. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2009;14:487-502.
  121. Cutler JL, Alspector SL, Harding KJ et al. Medical students' perceptions of psychiatry as a career choice. *Acad Psychiatry* 2006; 30:144-9.
  122. Garfinkel PE, Dorian BJ. Psychiatry in the new millennium. *Can J Psychiatry* 2000;45:40-7.
  123. Martin VL, Bennett DS, Pitale M. Medical students' interest in child psychiatry: a clerkship intervention. *Acad Psychiatry* 2007; 31:225-7.
  124. Syed EU, Siddiqi MN, Dogar I et al. Attitudes of Pakistani medical students towards psychiatry as a prospective career: a survey. *Acad Psychiatry* 2008;32:160-4.
  125. Byrne P. Challenging healthcare discrimination. *Advances in Psychiatric Treatment* 2010;16:60-2.
  126. Stoudemire A. Quo vadis, psychiatry? Problems and potential for the future of medical student education in psychiatry. *Psychosomatics* 2000;41:204-9.
  127. Wigney T, Parker G. Medical student observations on a career in psychiatry. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2007;41:726-31.
  128. Arboleda-Flórez J. Considerations on the stigma of mental illness. *Can J Psychiatry* 2003;48:645-50.
  129. Arboleda-Flórez J. Mental illness and human rights. *Curr Opin Psychiatry* 2008;21:479-84.
  130. Strebel B, Obladen M, Lehmann E et al. Attitude of medical students to psychiatry. A study with the German translated, expanded version of the ATP-30. *Nervenarzt* 2000;71:205-12.
  131. Akinyinka OO, Ohaeri JU, Asuzu MC. Beliefs and attitudes of clinical year students concerning medical specialties: an Ibadan medical school study. *Afr J Med Sci* 1992;21:89-99.
  132. Al-Adawi S, Dorvlo AS, Bhaya C et al. Withering before the sowing? A survey of Oman's 'tomorrow's doctors' interest in Psychiatry. *Educ Health (Abingdon)* 2008;21:117.
  133. Brockington I, Mumford D. Recruitment into psychiatry. *Br J Psychiatry* 2002;180:307-12.
  134. Herran A, Carrera M, Andres A et al. Attitudes toward psychiatry among medical students - factors associated to selection of psychiatry as a career. *Eur Neuropsychopharmacol* 2006;16:563.

135. Maric NP, Stojiljkovic DJ, Milekic B et al. How medical students in their pre-clinical year perceive psychiatry as a career: the study from Belgrade. *Psychiatr Danub* 2009;21:206-12.
136. Lambert TW, Turner G, Fazel S et al. Reasons why some UK medical graduates who initially choose psychiatry do not pursue it as a long-term career. *Psychol Med* 2006;36:679-84.
137. West ND, Walsh MA. Psychiatry's image today: results of an attitudinal survey. *Am J Psychiatry* 1975;132:1318-9.
138. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2003;160:4-12.
139. van Os J. 'Salience syndrome' replaces 'schizophrenia' in DSM-V and ICD-11: psychiatry's evidence-based entry into the 21st century? *Acta Psychiatr Scand* 2009;120:363-72.
140. Summerfield D. Depression: epidemic or pseudo-epidemic? *J Roy Soc Med* 2006;99:161-2.
141. Alarcon RD. Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. *World Psychiatry* 2009;8:131-9.
142. Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry* 2010;9:21-8.
143. Nielsen AC III, Eaton JS Jr. Medical students' attitudes about psychiatry. Implications for psychiatric recruitment. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:1144-54.
144. Angermeyer MC, Matschinger H, Sandmann J et al. Die Einstellung von Medizinstudenten zur Behandlung mit Psychopharmaka., Teil 1: Vergleich zwischen Medizinstudenten und Allgemeinbevölkerung. *Psychiatr Prax* 1994;21:58-63.
145. Hillert A, Sandmann J, Angermeyer MC et al. Attitude of medical students to treatment with psychotropic drugs. 2: Change in attitude in the course of medical education. *Psychiatr Prax* 1994; 21:64-9.
146. Linden M, Becker S. Attitudes and beliefs of medical and psychology students with regard to treatment with psychotropic drugs. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1984;52:362-9.
147. Strebel B, Kuhnigk O, Jüptner M et al. Attitudes of medical students toward psychotherapy as a function of the academic semester, gender and prior experience with psychiatry and psychotherapy. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2003;54:184.
148. Walter G, McDonald A, Rey JM et al. Medical student knowledge and attitudes regarding ECT prior to and after viewing ECT scenes from movies. *J ECT* 2002;18:43-6.
149. Clothier JL, Freeman T, Snow L. Medical student attitudes and knowledge about ECT. *J ECT* 2001;17:99-101.
150. Gazdag G, Kocsis-Ficzere N, Tolna J. Hungarian medical students' knowledge about and attitudes toward electroconvulsive therapy. *J ECT* 2005;21:96-9.
151. James BO, Omoaregba JO, Olotu OS. Nigerian medical students attitudes to unmodified electroconvulsive therapy. *J ECT* 2009; 25:186-9.
152. Abbas M, Mashrai N, Mohanna M. Knowledge of and attitudes toward electroconvulsive therapy of medical students in the United Kingdom, Egypt, and Iraq: a transcultural perspective. *J ECT* 2007;23:260-4.
153. Gazdag G, Sebestyén G, Ungvari GS et al. Impact on psychiatric interns of watching live electroconvulsive treatment. *Acad Psychiatry* 2009;33:152-6.
154. Kinnair D, Dawson S, Perera R. Electroconvulsive therapy: medical students' attitudes and knowledge. *The Psychiatrist* 2010;34: 54-7.
155. Link B, Levav I, Cohen A. The primary medical care practitioner's attitudes toward psychiatry. An Israeli study. *Soc Sci Med* 1982;16:1413-20.
156. Meise U, Günther V. Einstellungen von Ärzten zur Psychiatrie. *Neuropsychiatrie* 1995;Bd.9:157-62.
157. Pro JD, Fortin D. Physicians and psychiatry: physicians' attitudes toward psychiatry. *J Kans Med Soc* 1973;74:367-8.
158. Blumberg P, Flaherty JA. Faculty perceptions of their own speciality. *J Med Educ* 1982;57:338-9.
159. Rettenbacher MA, Burns T, Kemmler G et al. Schizophrenia: attitudes of patients and professional carers towards the illness and antipsychotic medication. *Pharmacopsychiatry* 2004;37:103-9.
160. Spießl H, Riederer C, Fichtner KH. Attitudes towards psychiatry – Changing attitudes by working on psychiatric wards. *Krankenhauspsychiatrie* 2005;16:13-7.
161. Toomey LC, Reznikoff M, Brady JP et al. Attitudes of nursing students toward psychiatric treatment and hospitals. *Ment Hyg* 1961;45:589-602.
162. Harding AV. Nurses' attitudes to psychiatric treatment. *Australasian Nurses Journal* 1980;9:28-30.
163. Clarke L. The effects of training and social orientation on attitudes towards psychiatric treatments. *J Adv Nurs* 1989;14:485-93.
164. Bergman S. Nursing attitudes to psychiatry and geriatrics as preferred work areas with deviant groups. *Isr Ann Psychiatry Rel Disc* 1974;12:156-60.
165. Reznikoff M. Attitudes of psychiatric nurses and aides toward psychiatric treatment and hospitals. *Ment Hyg* 1963;47:360-4.
166. Wood JH, Chambers M, White SJ. Nurses' knowledge of and attitude to electroconvulsive therapy. *J ECT* 2007;23:251-4.
167. Einat H, George A. Positive attitude change toward psychiatry in pharmacy students following an active learning psychopharmacology course. *Acad Psychiatry* 2008;32:515-7.
168. Patel MX, De Zoysa N, Baker D et al. Antipsychotic depot medication and attitudes of community psychiatric nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005;12:237-44.
169. Patel MX, Yeung FK, Haddad PM et al. Psychiatric nurses' attitudes to antipsychotic depots in Hong Kong and comparison with London. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2008;15:758-66.
170. Mbatia J, Shah A, Jenkins R. Knowledge, attitudes and practice pertaining to depression among primary health care workers in Tanzania. *Int J Ment Health Syst* 2009;3:5.
171. Bentley KJ, Farmer RL, Phillips ME. Student knowledge of and attitudes toward psychotropic drugs. *Journal of Social Work Education* 1991;27:279-89.
172. Berg WE, Wallace M. Effect of treatment setting on social workers' knowledge of psychotropic drugs. *Health Soc Work* 1987; 12:144-52.
173. Moses T, Kirk SA. Social workers' attitudes about psychotropic drug treatment with youths. *Soc Work* 2006;51:211-22.
174. Gass JP. The knowledge and attitudes of mental health nurses to electro-convulsive therapy. *J Adv Nurs* 1998;27:83-90.
175. Bowers L, Alexander J, Simpson A et al. Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients. *Nurse Educ Today* 2004; 24:435-42.
176. Waggoner RW, Waggoner RW Jr. Psychiatry's image, issues, and responsibility. *Psychiatric Hospital* 1983;14:34-8.
177. Ben-Noun L. Characterization of patients refusing professional psychiatric treatment in a primary care clinic. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 1996;33:167-74.
178. Richardson LA. Seeking and obtaining mental health services: what do parents expect? *Arch Psychiatr Nurs* 2001;15:223-31.
179. Thorens G, Gex-Fabry M, Zullino DF et al. Attitudes toward psychopharmacology among hospitalized patients from diverse ethnocultural backgrounds. *BMC Psychiatry* 2008;8:55.
180. Balch P, Ireland JF, McWilliams SA et al. Client evaluation of community mental health services: relation to demographic and treatment variables. *Am J Commun Psychol* 1977;5:243-7.
181. Leaf PJ, Bruce ML, Tischler GL et al. The relationship between demographic factors and attitudes toward mental health services. *J Commun Psychol* 1987;15:275-84.
182. Skuse DH. Attitudes to the psychiatric outpatient clinic. *BMJ* 1975;3:469-71.
183. Chakraborty K, Avasthi A, Kumar S et al. Attitudes and beliefs of patients of first episode depression towards antidepressants and their adherence to treatment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44:482-8.
184. Givens JL, Datto CJ, Ruckdeschel K et al. Older patients' aversion to antidepressants. A qualitative study. *J Gen Intern Med* 2006;21:146-51.
185. Kessing LV, Hansen HV, Bech P. Attitudes and beliefs among patients treated with mood stabilizers. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2006;2:8.

186. Williams RA, Hollis HM, Benott K. Attitudes toward psychiatric medications among incarcerated female adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:1301-7.
187. McIntyre K, Farrell M, David A. In-patient psychiatric care: the patient's view. *Br J Med Psychol* 1989;62:249-55.
188. Stevens J, Wang W, Fan L et al. Parental attitudes toward children's use of antidepressants and psychotherapy. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2009;19:289-96.
189. Blenkiron P. Referral to a psychiatric clinic: what do patients expect? *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 1998;11:188-92.
190. Ingham J. The public image of psychiatry. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1985;20:107-8.
191. Baumann M, Bonnetain F, Briancon S et al. Quality of life and attitudes towards psychotropics and dependency: consumers vs. non-consumers aged 50 and over. *J Clin Pharm Ther* 2004;29: 405-15.
192. Holzinger A, Löffler W, Matschinger H et al. Attitudes towards psychotropic drugs: schizophrenic patients vs. general public. *Psychopharmakotherapie* 2001;8:76-80.
193. van Dongen CJ. Is the treatment worse than the cure? Attitudes toward medications among persons with severe mental illness. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1997;35:21-5.
194. Wacker HR. Attitude of ambulatory psychiatric patients to psychopharmacologic treatment. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 1991;142:77-88.
195. Irani F, Dankert M, Siegel SJ. Patient and family attitudes toward schizophrenia treatment. *Curr Psychiatry Rep* 2004;6:283-8.
196. La Roche C, Ernst K. The attitude of 200 hospitalized psychiatric patients and their doctors toward treatment. *Arch Psychiatr Nervenkr* 1975;220:107-16.
197. Adams NH, Hafner RJ. Attitudes of psychiatric patients and their relatives to involuntary treatment. *Aust N Zeal J Psychiatry* 1991; 25:231-7.
198. Mezey AG, Syed IA. Psychiatric illness and attitudes to psychiatry among general hospital outpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1975;10:133-8.
199. Gynther MD, Reznikoff M, Fishman M. Attitudes of psychiatric patients toward treatment, psychiatrists and mental hospitals. *J Nerv Ment Dis* 1963;136:68-71.
200. Yoash-Gantz RE, Gantz FE. Patient attitudes toward partial hospitalization and subsequent treatment outcome. *Int J Partial Hosp* 1987;4:145-55.
201. Isacson D, Bingefors K. Attitudes towards drugs – a survey in the general population. *Pharm World Sci* 2002;24:104-10.
202. Arshad M, Arham AZ, Arif M et al. Awareness and perceptions of electroconvulsive therapy among psychiatric patients: a cross-sectional survey from teaching hospitals in Karachi, Pakistan. *BMC Psychiatry* 2007;7:27.
203. Salize HJ, Dressing H. Coercion, involuntary treatment and quality of mental health care: is there any link? *Curr Opin Psychiatry* 2005;18:576-84.
204. Hillard JR, Folger R. Patients' attitudes and attributions to electroconvulsive shock therapy. *J Clin Psychol* 1977;33:855-61.
205. Spencer J. Psychiatry and convulsant therapy. *Med J Australia* 1977;1:844-7.
206. Goodman JA, Krahn LE, Smith GE et al. Patient satisfaction with electroconvulsive therapy. *Mayo Clin Proc* 1999;74:967-71.
207. Pettinati HM, Tamburello TA, Ruetsch CR et al. Patient attitudes toward electroconvulsive therapy. *Psychopharmacol Bull* 1994; 30:471-5.
208. Kerr RA, McGrath JJ, O'Kearney RT et al. ECT: misconceptions and attitudes. *Aust N Zeal J Psychiatry* 1982;16:43-9.
209. Lauber C, Rössler W. Involuntary admission and the attitude of the general population, and mental health professionals. *Psychiatr Prax* 2007;34:181-5.
210. Kaltiala-Heino R. Involuntary psychiatric treatment: a range of patients' attitudes. *Nordic Journal of Psychiatry* 1996;50:27-34.
211. Lauber C, Falcato L, Rössler W. Attitudes to compulsory admission in psychiatry. *Lancet* 2000;355:2080.
212. Kane JM, Quitkin F, Rifkin A et al. Attitudinal changes of involuntarily committed patients following treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:374-7.
213. Lauber C, Nordt C, Falcato L et al. Public attitude to compulsory admission of mentally ill people. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:385-9.
214. Lucksted A, Coursey RD. Consumer perceptions of pressure and force in psychiatric treatments. *Psychiatr Serv* 1995;46:146-52.
215. Morgan SL. Determinants of family treatment choice and satisfaction in psychiatric emergencies. *Am J Orthopsychiatry* 1990; 60:96-107.
216. Schwartz HI, Vingiano W, Perez CB. Autonomy and the right to refuse treatment: patients' attitudes after involuntary medication. *Hosp Commun Psychiatry* 1988;39:1049-54.
217. Virit O, Ayar D, Savas HA et al. Patients' and their relatives' attitudes toward electroconvulsive therapy in bipolar disorder. *J ECT* 2007;23:255-9.
218. Pugh RL, Ackerman BJ, McColgan EB et al. Attitudes of adolescents toward adolescent psychiatric treatment. *Journal of Child and Family Studies* 1994;3:351-63.
219. Sharf BF. Send in the clowns: the image of psychiatry during the Hinckley trial. *Journal of Communication* 1986;36:80-93.
220. Rottleb U, Steinberg H, Angermeyer MC. The image of psychiatry in the "Leipziger Volkszeitung" – historical longitudinal study. *Psychiatr Prax* 2007;34:269-75.
221. Maio G. Zum Bild der Psychiatrie im Film und dessen ethische Implikationen. In: Gaebel W, Möller H-J, Rössler W (eds). *Stigma - Diskriminierung - Bewältigung, Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker*. Stuttgart: Kohlhammer, 2005: 99-121.
222. Steger F. From the person to an isolated case: Frank Schmökel in the discourses of power and stigmatization. *Psychiatr Prax* 2003;30:389-94.
223. Pupato K. Psychiatrie in den Medien. In: Gaebel W, Möller H-J, Rössler W (eds). *Stigma - Diskriminierung - Bewältigung, Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker*. Stuttgart: Kohlhammer, 2005:83-99.
224. Walter G. The psychiatrist in American cartoons, 1941-1990. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85:167-72.
225. McDonald A, Walter G. Hollywood and ECT. *Int Rev Psychiatry* 2009;21:200-6.
226. Gabbard GO, Gabbard K. Cinematic stereotypes contributing to the stigmatization of psychiatrists. In: Fink PJ, Tasman A (eds). *Stigma and mental illness*. Washington: American Psychiatric Press, 1992:113-26.
227. Gabbard GO, Gabbard K. *Psychiatry and the cinema*, 2nd ed. Washington: American Psychiatric Press, 1999.
228. Butler JR, Hyler SE. Hollywood portrayals of child and adolescent mental health treatment: implications for clinical practice. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2005;14:509-22.
229. Hillert A, Sandmann J, Ehlig SC et al. Psychopharmacological drugs as represented in the press: results of a systematic analysis of newspapers and popular magazines. *Pharmacopsychiatry* 1996; 29:67-71.
230. Hoffmann-Richter U, Wick F, Alder B et al. Neuroleptics in the newspaper. A mass media analysis. *Psychiatr Prax* 1999;26:175- 80.
231. Hoffmann-Richter U, Alder B, Finzen A. Electroconvulsive therapy and defibrillation in the paper. An analysis of the media. *Nervenarzt* 1998;69:622-8.
232. Hoffmann-Richter U. Psychiatry in print media. Information acquired through reading of the daily papers. *Psychiatr Prax* 2000; 27:354-6.
233. Cuenca O. Mass media and psychiatry. *Curr Opin Psychiatry* 2001;14:527-8.
234. Williams A, Cheyne A, Macdonald S. The public's knowledge of psychiatrists: questionnaire survey. *Psychiatr Bull* 2001;25:429- 32.
235. Thumin FJ, Zebelman M. Psychology versus psychiatry: a study of public image. *Am Psychol* 1967;22:282-6.
236. Laux G. Common attitudes toward the psychiatrist and psychotherapist. *Nervenarzt* 1977;48:331-4.
237. Sharpley CE. Public perceptions of four mental health professions:



- a survey of knowledge and attitudes to psychologists, psychiatrists, social workers and counsellors. *Aust Psychol* 1986; 21:57-67.
238. Vassiliou G, Vassiliou V. On the public image of the psychiatrist, the psychologist and the social worker in Athens. *Int J Soc Psychiatry* 1967;13:224-8.
  239. Dichter H. The stigmatization of psychiatrists who work with chronically mentally ill persons. In: Fink PJ, Tasman A (eds). *Stigma and mental illness*. Washington: American Psychiatric Press, 1992:203-15.
  240. Kovess-Masféty V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C Et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French Survey. *BMC Public Health* 2007;7:188.
  241. Jorm AF, Blewitt KA, Griffiths KM et al. Mental health first aid responses of the public: results from an Australian national survey. *BMC Psychiatry* 2005;5:9.
  242. Perry BL, Pescosolido BA, Martin JK et al. Comparison of public attributions, attitudes, and stigma in regard to depression among children and adults. *Psychiatr Serv* 2007;58:632-5.
  243. Bayer JK, Peay MY. Predicting intentions to seek help from professional mental health services. *Aust N Zeal J Psychiatry* 1997; 31:504-13.
  244. Fink PJ, Tasman A. Stigma and mental illness. The enigma of stigma and its relation to psychiatric education. *Psychiatr Ann* 1983;13:669-90.
  245. Kourany RFC, LaBarbera JD, Martin JE. The image of the mental health professional. *J Clin Psychiatry* 1980;41:399.
  246. Slater D, Hans VP. Public opinion of forensic psychiatry following the Hinckley verdict. *Am J Psychiatry* 1984;141:675-9.
  247. Hans VP, Slater D. John Hinckley, Jr. and the insanity defense: the public's verdict. *Public Opinion Quarterly* 1983;47:202-12.
  248. Farrell JL, Tisza SM. Forensic ethics - Suspension and other sanctions imposed on an Arizona state prosecutor who showed disrespect for and prejudice against mental health experts during trial. *J Am Acad Psychiatry Law* 2005;33:405-6.
  249. Benedek EP, Selzer ML. Lawyers' use of psychiatry: II. *Am J Psychiatry* 1977;134:435-6.
  250. Hiday VA. Are lawyers enemies of psychiatrists? A survey of civil commitment counsel and judges. *Am J Psychiatry* 1983;140: 323-6.
  251. Walter G. The stereotype of the mad psychiatrist. *Aust N Zeal J Psychiatry* 1989;23:547-54.
  252. von Sydow K, Reimer C. Attitudes toward psychotherapists, psychologists, psychiatrists, and psychoanalysts. *Am J Psychother* 1998;52:463-88.
  253. Bruhn JG, Parsons O. A. Medical students attitudes towards four medical specialties. *J Med Educ* 1964;39:40-9.
  254. Streit-Forest U, Laplante N. Probing further into the freshman medical students' attitudes toward "patient", "doctor-patient relation" and "psychiatrist". *J Psychiatr Educ* 1983;7:113-25.
  255. Culshaw D, Clafferty R, Brown K. Let's get physical! A study of general practitioner's referral letters to general adult psychiatry - Are physical examination and investigation results included? *Scott Med J* 2008;53:7-8.
  256. Dewan MJ, Levy BF, Donnelly MP. A positive view of psychiatrists and psychiatry. *Compr Psychiatry* 1988;29:523-31.
  257. Cohen-Cole SA, Friedman CP. Attitudes of nonpsychiatric physicians toward psychiatric consultation. *Hosp Commun Psychiatry* 1982;33:1002-5.
  258. De-Nour AK. Attitudes of physicians in a general hospital towards psychiatric consultation service. *Ment Health Soc* 1979; 5:215-23.
  259. Schubert DS, Billowitz A, Gabinet L et al. Effect of liaison psychiatry on attitudes toward psychiatry, rate of consultation, and psychosocial documentation. *Gen Hosp Psychiatry* 1989;11:77-87.
  260. Doron A, Ma'oz B, Fennig S et al. Attitude of general practitioners towards psychiatric consultation in primary care clinic. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2003;40:90-5.
  261. Barber R, Williams AS. Psychiatrists working in primary care: a survey of general practitioners attitude. *Aust N Zeal J Psychiatry* 1996;30:278-86.
  262. Bhugra D. Professionalism and psychiatry: the profession speaks. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118:327-9.
  263. Bryant SG, Guernsey BG, Pearce EL et al. Pharmacists' perceptions of mental health care, psychiatrists, and mentally ill patients. *Am J Hosp Pharm* 1985;42:1366-9.
  264. Kellett JM, Mezey AG. Attitudes to psychiatry in the general hospital. *BMJ* 1970;4:106-8.
  265. Koeske GF, Koeske RD, Mallinger J. Perceptions of professional competence: cross-disciplinary ratings of psychologists, social workers, and psychiatrists. *Am J Orthopsychiatry* 1993;63:45-54.
  266. Brink C. "Keine Angst vor Psychiatern". *Psychiatry, critics of psychiatry and the public in the Federal Republic of Germany 1960-1980*. *Med Ges Gesch* 2006;26:341-60.
  267. Ryan CS, Robinson DR, Hausmann LR. Stereotyping among providers and consumers of public mental health services. The role of perceived group variability. *Ther Behav Modif* 2001;25: 406-42.
  268. Jungbauer J, Wittmund B, Angermeyer MC. Caregivers' views of the treating psychiatrists: coping resource or additional burden? *Psychiatr Prax* 2002;29:279-84.
  269. Morgan G. Why people are often reluctant to see a psychiatrist. *Psychiatr Bull* 2006;30:346-7.
  270. Strehlow U, Piesiur-Strehlow B. On the image of child psychiatry amongst the people and the parents concerned. *Acta Paedopsychiatrica* 1989;52:89-100.
  271. Myers JM. The image of the psychiatrist. *Am J Psychiatry* 1964; 121:323-8.
  272. Redlich FC. The psychiatrist in caricature: an analysis of unconscious attitudes toward psychiatry. *Am J Orthopsychiatry* 1950; 20:560-71.
  273. Schneider I. The theory and practice of movie psychiatry. *Am J Psychiatry* 1987;144:996-1002.
  274. Gharaibeh NM. The psychiatrist's image in commercially available American movies. *Acta Psychiatr Scand* 2005;114:316-9.
  275. Kitchener BA, Jorm AF. Mental health first aid training in a workplace setting: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2004;15:23.
  276. Wolff G, Pathare S, Craig T et al. Public education for community care. A new approach. *Br J Psychiatry* 1996;168:441-7.
  277. Battaglia J, Coverdale JH, Bushong CP. Evaluation of a mental illness awareness week program in public schools. *Am J Psychiatry* 1990;147:324-9.
  278. Stuart H. Media portrayal of mental illness and its treatments: what effect does it have on people with mental illness? *CNS Drugs* 2006;20:99-106.
  279. Kutner L, Beresin EV. Media training for psychiatry residents. *Acad Psychiatry* 1999;23:227-32.
  280. Coodin S, Chisholm F. Teaching in a new key: effects of a cotaught seminar on medical students' attitudes toward schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J* 2001;24:299-302.
  281. Persaud R. Psychiatrists suffer from stigma, too. *Psychiatr Bull* 2000;24:284-5.
  282. Stotland NL. Psychiatry, the law, and public affairs. *J Am Acad Psychiatry Law* 1998;26:281-7.
  283. Lamontagne Y. The public image of psychiatrists. *Can J Psychiatry* 1990;35:693-5.
  284. Felix RH. The image of the psychiatrist: past, present and future. *Am J Psychiatry* 1964;121:318-22.
  285. Davidson HA. The image of the psychiatrist. *Am J Psychiatry* 1964;121:329-34.
  286. Bhugra D. Psychiatric training in the UK: the next steps. *World Psychiatry* 2008;7:117-8.
  287. Ajiboye PO. Consultation-liaison psychiatry: the past and the present. *Afr J Med Med Sci* 2007;36:201-5.
  288. Kearney TR. The status and usefulness of the psychiatrist. *Dis Nerv Syst* 1961;22:6979.
  289. Spiessl H, Cording C. Collaboration of the general practitioner and the psychiatrist with the psychiatric hospital. A literature review. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2000;68:206-15.
  290. Gaebel W, Zäske H, Baumann AE et al. Evaluation of the German

WPA "Program against stigma and discrimination because of schizophrenia - Open the doors": results from representative telephone surveys before and after three years of antistigma interventions. *Schizophr Res* 2008;98:184-93.

291. Sartorius N, Schulze H. Reducing the stigma of mental illness: a report from a Global Programme of the World Psychiatric Association. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.
292. Aichberger M, Sartorius N. Annotated bibliography of selected publications and other materials related to stigma and discrimination.

An update for the years 2002 to 2006. Geneva: World Psychiatric Association Global Programme to Reduce the Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia, 2006.

293. Pickenhagen A, Sartorius N. Annotated bibliography of selected publications and other materials related to stigma and discrimination because of mental illness and intervention programmes fighting it. Geneva: World Psychiatric Association Global Programme to Reduce the Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia, 2002.

# Aşırı stres altında dayanıklılık: çok katmanlı bir bakış açısı

DANTE CICHETTI

Institute of Child Development, University of Minnesota, 51 East River Road, Minneapolis, MN 55455, USA

*Dayanıklılık, önemli tehdit, ağır güçlük veya travma koşullarında pozitif adaptasyon gerçekleştirme becerisini içeren, devingen gelişimsel bir süreç olarak kavramsallaştırılmaktadır. Son on yıla kadar, dayanıklılıkla ilgili deneysel çalışmalar ağırlıklı olarak, dayanıklılığa katkıda bulunan veya bağlantısı olan davranışsal ve psikososyal yönler üzerine odaklanmış ve dayanıklılığa katkıda bulunan veya bağlantısı olan nörobiyolojik ve genetik bileşenleri incelememiştir. Moleküler genetik, nörogörüntüleme ve davranışın diğer biyolojik yönlerinin ölçümlerindeki teknolojik gelişmeler dayanıklılığa giden yolları çok katmanlı bir bakış açısıyla araştırmaya olanak sağlamıştır. Çocuğun kötü muameleye maruz kalması, belirgin bir stres ortamı yaratır ve bu da biyolojik ve psikolojik işlevsellik üzerinde çeşitli etkilerle gelişimde aksama ve zorluklara neden olur. Kötü muamele gören çocuklardaki dayanıklılık belirteçleriyle ilgili araştırmalar, tek katmanlı bakış açısından çok katmanlı bakış açısına doğru ilerlemekte olduğumuzu gösteren bir örnek olarak ele alınmıştır. Bunlar, dayanıklı adaptasyona katkısı olan kişilik, nöral, nöroendokrin ve moleküler genetik etmenleri inceleyen çalışmaları içermektedir. Dayanıklılık, beyin hasarına cevap olarak gelişen nöral plastisiteye benzer bir biçimde, bireylerin ağır stres sonrası işlevsel iyileşmesi olarak tanımlanmaktadır. Çok katmanlı rastgele kontrollü önleme ve girişim çalışmaları ağır güçlük yaşayan yüksek risk gruplarında dayanıklılık gelişiminin kolaylaştırılması için büyük bir önem taşımaktadır. Randomize kontrollü çalışmalar değişimin meydana geldiği çoklu düzeylerin belirlenmesi, değişim düzenekleri, nöral plastisitenin ne kadar artırılabilirliği ve maladaptasyon, psikopatoloji ve dayanıklılık gelişimindeki biyolojik ve psikolojik süreçler arasındaki bağlantılara dair konuların içyüzünü anlamamızı sağlayacaktır.*

**Anahtar sözcükler:** Dayanıklılık, stres, gelişimsel yollar, çok katmanlı analiz, nöral plastisite, dayanıklılığı geliştiren girişimler

(*World Psychiatry*, 2010;9;145-154)

Gelişimsel psikopatoloji açısından baktığımızda, maladaptasyon ve ruhsal bozuklukların biyolojik ve psikososyal sistemlerin örgütlenmesindeki, kişinin stresli ve güç koşullara uygun şekilde uyum sağlama becerisini zayıflatan ilerleyici yatkınlıklardan köken aldığı düşünülmektedir (1,2). Risk ve koruyucu güçler arasındaki devingen karşılıklı etkileşimin, gelişimsel süreci, birey gelişirken, biyolojik ve psikolojik sistemlerin örgütlenmesinin niteliği üzerindeki etkisi dolayımından etkilediği kabul edilmektedir (3).

Gelişimsel psikopatologlar gelişimsel süreçlerde çoklu sonlanmanın (multifinality) olduğunu vurgulamaktadır. Şöyle ki, kişilerin, her ekolojik düzeydeki (örneğin kültür, toplum, aile ve karşılıklı ilişkiden doğan etkileşimler) incinebilirlik ve koruma etmenlerine karşı yanıtları ve bu etmenler ile etkileşimleri, gelişimsel sonuçlarda farklılıklara izin vermektedir (4,5). Bireyler, temelde aynı gelişimsel rotadan yola çıksalar dahi, farklı maladaptasyon ya da adaptasyon örüntüleri sergileyebilir. Yolun psikopatolojiye mi yoksa dayanıklılığa mı varacağı, kişinin biyolojik ve psikolojik örgütlenme düzeyi, güncel deneyimleri, etkin tercihleri, toplumsal bağlam, güçlük ve deneyimlerin zamanlaması ve gelişimsel öyküsünden oluşan karmaşık bir matriksten etkilenmektedir(5).

Risk etmenleri ve koruyucu etmenler arasındaki dinamik etkileşimi anlamak önleyici gelişimsel modelleri oluşturmakta çok önemli bir rol oynamaktadır. Koruyucu süreçlerin risk etmenleri üzerindeki görece dengesi artırılarak, gelişimsel seyri düzeltme potansiyeli, adaptif gelişimsel yollar edinilmesi ve psikopatoloji oluşumunun azaltılması sağlanabilir (4,6).

Beklenen ortalama çevresel koşullarda ortaya çıkan sapmalar, nasıl bazı bireylerde maladaptasyona yol açıyorsa, diğer bazı bireyler, aynı koşullarda, adaptasyon gösterirler (7-9). Bu nedenle, ağır güçlük yaşayan bireylerdeki adaptasyon düzeneklerini araştırmak da maladaptasyona yol açan gelişimsel süreçleri araştırmak kadar önemlidir. Psikolojik olduğu kadar biyolojik koruyucu etmenler üzerindeki araştırmalar da, ağır güçlükler karşısında, işlevin iyileşmesine ya da dayanıklı adaptasyon oluşumuna katkıda bulunan düzenek ve süreçleri anlamak açısından önemlidir (10-12).

## TANIM VE TARİHÇE

Dayanıklılık, ağır güçlükler karşısında, pozitif adaptasyon becerisini içeren devingen bir gelişimsel süreç olarak tanımlanmaktadır (8,13,14). Dayanıklılığa dair böyle bir kavramsallaştırmada örtülü iki önemli koşul mevcuttur: a) önemli tehdit, ağır güçlük veya travmaya maruz kalma; b) gelişimsel süreç yönelik ağır saldırılara rağmen pozitif adaptasyonun başarılması (8,14).

Ağır güçlüklerin bulunduğu ortamlarda iyi gelişim gösteren çocuklarla ilgilenen araştırmacılar, son kırk yıldır, psikopatolojiye yol açan farklı yollar ilgili bilgilerini geliştirmek, normal gelişim süreçlerini araştırmak ve savunmasız çocukların ve ailelerinin yaşamlarını iyileştirebilecek koruyucu girişimler ve sosyal politikalar oluşturmak için çaba sarf etmektedir (7,15-18). Risk ve dayanıklılık alanındaki çalışmalar bilim adamlarını, psikopatolojinin nedenleri ve

süreçleri ile ilgili önceki varsayımlar üzerinde tekrar düşünmeye yönlendirmiş ve bu da, ağır güçlüklerle karşılaşan çocukların gelişimi ile ilgili önceki bakış açılarından oluşan eksik etiyolojik modellerin yeniden inşa edilmesi ile sonuçlanmıştır (9,19,20).

Psikopatoloji açısından yüksek riskli bireylerde ve ruhsal bozukluğu olan kişilerde yapılan çalışmalarda, gelişimsel sürecin deterministik olarak kaçınılmaz bir biçimde maladaptif ve patolojik sonuçlara yol açtığı anlayışı sıklıkla belirtilmektedir. Psikopatolojiye yatkınlık yaratan genetik ve biyolojik etmenlerle ilgili çalışmalarda, yetersiz bakım, ev içinde yaşanan travmatik olaylar (örneğin, çocuğa yapılan kötü muamele ve aile içi şiddet, toplumsal şiddete maruz kalmak, kronik hastalık, yıkıcı yaşam olayları) bozulmalara yol açan çeşitli risk etmenleri arasında sayılmaktadır. Araştırmacıların yüksek riskli çocukların hepsinde, psikopatolojiyle ilgili var olan teorilerde öngörüldüğü gibi kötü sonuçların gerçekleşmediğini ortaya çıkarmaları, yüksek riskli çocuklarda psikopatoloji gelişmemesiyle ilgili süreçlerin incelenmesinin, maladaptasyon ve patoloji ile ilgili teoriler açısından önem kazanmasına neden olmuştur.

Dayanıklılıkla ilgili araştırmalara başlamadan önce, strese karşı dirençle ilgili öncülleri ve örüntüleri aydınlatan araştırmaların gerçekleştirilmesi gerekmiştir (8,21). Erken döneme ait bu çalışmaların çoğunluğunda, araştırmacılar, adaptif davranışla ilgili kanıtlara ulaşmışlar, fakat bu sonuçların dayanıklılık belirteçleri olarak tanımlanmasını sağlayacak terminoloji henüz ortaya çıkmamıştır.

Dayanıklılığın tarihi kökenleri, şizofreni hastaları, ailesinde ruhsal hastalık bulunanlar, çok ağır strese veya yoksulluğa maruz kalanlar ve ayrıca, öykülerinde travmatik yaşantıları olan kişilerin işlevsellikleri üzerinde yapılan erken dönem araştırma programlarına dayandırılabilir (7,15,22,23). Ağır şizofreni hastalarıyla ilgili erken dönem araştırmalar maladaptif davranışın anlaşılması üzerine odaklanmış ve nispeten daha iyi adaptif işlev gösteren hastalar atipik durumlar olarak değerlendirilmiş ve önemsenmemiştir. Yirminci yüzyılın ortalarında, araştırmacılar, hastalık süreçleri daha hafif seyreden şizofreni hastalarının hastalık öncesi dönemde, iş hayatında görece yeterli oldukları, sosyal ilişkilerinin iyi olduğu, evlilik ve sorumluluk alma düzeylerinin nispeten daha iyi olduğu sonucuna ulaşmışlardır(23). Buna paralel olarak, annesinde şizofreni bulunan çocuklarda yapılan araştırmalar, çocukluk çağındaki dayanıklılığın, kuramsal ve deneysel açıdan önemli bir başlık olarak ortaya çıkışında önemli rol oynamıştır (16,19,24).

Ek olarak, Werner'in, sağlıklı adaptasyon profili sergileyen çocuklar ile adaptif işlevleri görece daha kötü olan çocukları ayırtırmayı sağlayan koruyucu etmenler üzerinde yürüttüğü sistematik boylamsal çalışma bu konuda çığır açıcı olmuştur (17,18). Büyük güçlük yaşamalarına ve yüksek risk altında olmalarına rağmen iyi adaptif işlev gösteren çocuklarla ilgili kanıtlar, güçlüklerle verilen yanıtlardaki bireysel farklılıkları anlamaya yönelik deneysel çabaları arttırmıştır. Bu alandaki ilk çalışmalar, "dayanıklı çocukların" otonomi ve yüksek özgüven gibi kişisel özellikleri üzerine odaklanmıştır (25). Öte yandan, çalışmalar ilerledikçe, araştırmacılar, dayanıklılığın çoğunlukla çocu-

ğa ilişkin dış etkenlerden köken alabileceğini kabul etmiştir (8). Sonraki çalışmalar dayanıklılığın gelişiminde önem taşıyan etmenlerin tanımlanmasını sağlamıştır: a) çocukların kendi tutumları; b) ailelerinin özellikleri; c) geniş sosyal çevrelerinin özellikleri (8,25).

Son birkaç onyıdır, deneysel çalışmaların odak noktasında bir değişiklik olmuştur; araştırmacılar koruyucu etmenler yerine dayanıklılığa yol açan düzenekleri araştırmaya yönelmiştir (8). Etmenlerin tanımlanmasından çok süreçlere odaklanan bu bakış açısı, bilim adamlarının, belirgin güçlük veya travmaya maruz kalmış bireylerde, gelişimsel açıdan dayanıklılığın geliştirilmesini göz önünde bulunduran önleme ve girişim stratejileri oluşturmalarını sağlamıştır (26-28). Dayanıklılığın ortaya çıkışına katkısı olan süreçlerin anlaşılması, önleme ve girişime odaklanan araştırmacıların, belirgin güçlük ve travma altındaki gelişimsel değişim ve geçiş dönemlerini pozitif adaptasyon açısından özgül fırsatlar olarak kullanmalarını sağlamıştır (27,29). S. Luther'in da belirttiği gibi, "Gelişimin erken basamaklarında dayanıklılık işlevinin geliştirilmesi, bozukluklar kristalize olduktan sonra onları tamir etmek için tedavi uygulanmasından daha akıllıcadır" (7). Rastgele kontrollü çalışmalarda, önleyici girişimler, gelişim süreçlerini etkileyen gerçek deneyler olarak kavramlaştırılabilir (30). Böylece, var olan gelişimsel kuramların sınanmasına ve ayrıca, ağır güçlüğü maruz kalan bireylerde, pozitif adaptasyonel sonuçların nedenleri ve seyrine ilişkin yeni anlayışlar kazanılması konusunda fırsat ortaya çıkar (8,31).

Dayanıklılık ile ilgili araştırmalar yıllar içinde gelişerek değiştikçe, ağır güçlekle karşılaşıldığında pozitif adaptasyon geliştirebilme becerisinin, yaşam süreci içindeki değişen koşullarla belirginleşen yeni kırılma noktaları, zorluklar ve/veya güçlükler ve fırsatlar çerçevesinde, gelişimsel bir ilerleme gösterdiği anlaşılmıştır (8). Dayanıklılık, bireyin "sahip olduğu" birşey olmaktan çok, birçok etken tarafından belirlenen ve sabit veya değişmez olmayan bir gelişimsel bir süreçtir. Bu nedenle dayanıklılık işlevinin belirleyicileri ile ilgili boylamsal çalışmaların yapılması önemlidir. Dayanıklılık üzerine olan boylamsal çalışmalar, yalnızca gelişimsel süreç içerisindeki temel yapının sağlamlığının değerlendirilmesi üzerine odaklanmamalıdır; öncesinde dayanıklı olan bireylerin geçirilen zor dönemlerin ardından, "yeniden" iyileşme veya pozitif işlev sağlayabilme ve önceki dayanıklı adaptasyonlarını geri kazanma becerilerinin anlaşılmasına da eğilmelidir (32). Ayrıca, dayanıklı adaptasyon, yaşam döngüsü boyunca herhangi bir dönemde başarılabilirliği için, erişkinlik ve daha ileri yaş dönemleri gibi gelişimin değişik aşamalarında ulaşılan pozitif sonuçların da araştırılması gereklidir (8).

## DAYANIKLILIĞA ÇOK KATMANLI BAKIŞ

Geçen on yıla kadar, dayanıklılıkla ilgili deneysel çalışmalar ağırlıklı olarak dayanıklılığın davranışsal ve psikososyal yönleri üzerine odaklanmış ve dayanıklılığa katkıda bulunan veya bağlantısı olan biyolojik temeller incelenmemiştir (8,10,11). Bu çalışmalar, insan davranış ve gelişimi-

nin moleküler genetik, nöral ve biyolojik bağlantılarının araştırılmasında modern tekniklerin kullanılmaya başlanmasından önce yapılmıştır.

Erken döneme ait, değişken-merkezli ve kişi-merkezli araştırmaların sunduğu kanıtlar, başarılı adaptasyon ve psikopatolojinin genel bileşenleri üzerine çocuk ve çevresine ait özellikleri kapsayan kısa bir listede uzlaşmaktadır. Önceki çalışmalardaki yöntemsel eksiklik ve kısıtlamalara rağmen (14) daha yakın döneme ait çalışmalar dayanıklılık işlevi ile ilişkilendirilmiş etmenlerin varlığını desteklemektedir: a) aile ve toplumdaki yetkin ve insancıl bireylerle olan yakın ilişki; b) kendilik düzenleme (self regulation) yetenekleri; c) kendilikle ilgili olumlu bakış; d) çevrede etkili olma arzusu (yani, öz-yeterlilik ve özerklik) ve e) sosyalleşmeye açık ve uyumlu akranlar ile kurulan arkadaşça ve romantik ilişkiler (12). Problem çözme becerileri, planlama öngörüsü, gelecek yönelimi (hepsi yürütücü işlevlerle ilgili), aktif başa çıkma stratejileri ve korkularla doğrudan yüzleşebilme kapasitesi, yadsımayı, çözülmeyi ve kaçınan başa çıkma davranışlarını en aza indirme gibi özellikler dayanıklılık işleviyle bağlantılı bulunmuştur (7,12,14). Ayrıca, iyimserlik, olumlu duygulanım içinde olma, stresli durumların düşük düzeyde tehditler olarak algılanması, kötü deneyimleri olumlu şekilde yorumlayabilme becerisi, maneviyatçılık ve travmayı anlamlandırabilme becerilerinin her biri dayanıklılıkla bağlantılıdır (33).

Güçlülük karşılaşıldığında ortaya çıkabilen adaptif davranışsal sonuçların açıklanmasıyla ilgili gelişimsel teorilerle karşılaştırıldığında, biyolojinin ihmal edilmesinin temel nedeni, kuşkusuz, beynin yapısal ve işlevsel örgütlenmesiyle ilgili bilgilerin kısıtlılığına bağlıydı (34-36). Beynin gelişimi ve işlevleri ile ilgili yeterli bilgi olmaması, bu süreçlerin dayanıklılık adaptasyonu gelişimine katkılarındaki rolünün anlaşılmasını bir yana bırakın, normal ve normaldışı ruhsal süreçlerin oluşumu ve etkileşiminin anlaşılmasını dahi sınırlandırmıştır (33).

Zorlu durumlarda ortaya çıkan dayanıklılık işlevinin nedenleri, bileşenleri, seyri ve sonuçları ile ilgili bildiklerimizin büyük bir çoğunluğu, sınırlı sayıda değişken alanlarına odaklanan araştırmalardan elde edilmiştir (7,8). Gelişimsel psikopatologlar tarafından ortaya konan sorulardan da açıkça görülebildiği üzere, dayanıklılık adaptasyonunu süreçsel olarak tanımlayabilmek için, araştırma tasarımları ve stratejileri oluşturulurken hem gelişen birey hem de çevresindeki farklı değişken alanlarını aynı anda ele alan değerlendirilmeler yapılmalıdır (11).

Geçtiğimiz on yılda, bir grup bilim adamı, dayanıklılık işlevinin gelişimsel yollarıyla ilgili çalışmalarda, araştırmacıları, nörobiyolojik ve moleküler genetik değerlendirmeleri de kapsamaya doğru yönlendirmiştir (10,11,37). Moleküler genetik, nörogörüntüleme, magnetoensefalografi, elektroensefalografi (EEG) ve hormonal ölçüm teknikleri gibi alanlardaki gelişmeler dayanıklılık gelişimi ile ilgili çalışmaların çok katmanlı bir bakış açısıyla gerçekleştirilmesine olanak sağlamıştır (11,12).

Ayrıca, modern sinirbilimdeki gelişmeler, bağlantılı olduğu birçok alt disiplinle birlikte, dayanıklılık ile ilgili araştırmaların güncel kavramsal ve yöntemsel yaklaşımlarını

güçlendirmek için beklenmedik fırsatlar sağlamıştır. Ne olursa olsun, biyolojik alanların bağımsız bir biçimde çalışmadığını akılda tutmak önemlidir; öyle ki, bir sistemin çalışması, gelişimsel bağlamda çift-yönlü etkileşen süreçler sayesinde, bir veya birkaç sistemin çalışma işlevlerini etkilemektedir (38). Dayanıklılık gibi çok boyutlu olan bir görünümünün daha iyi anlaşılabilmesi için birbirlerine bağımlı birçok düzeyin eşzamanlı olarak ele alınmasının önemi kavrandıkça, dayanıklılık araştırmacılarının, sistemler arası ve sistemler içi çok katmanlı analizlerin eşzamanlı yürütülmesi zorluklarıyla karşılaşmaması olanaksız hale gelmiştir (39). Dayanıklılıkla ilgili temel araştırmaların ve dayanıklılığı destekleyen girişimlerin konunun hem biyolojik hem de psikolojik yönlerini ele alması temel önem taşımaktadır. Her katman diğer analiz katmanları ile ilgili hem bilgi vericidir hem de kısıtlayıcıdır. Ayrıca, her bir katmanın diğer üzerindeki etkisi her zaman çift yönlüdür.

Farklı analiz düzeyleri diğer düzeylerin kısıtlanmasına neden olduğu için, bilim insanları analizin çoklu katmanları ile ilgili bilgi edindikçe, dayanıklılıkla ilgili herhangi bir düzeyde araştırma yürüten araştırmacılar bütün diğer katmanlara da uyumlu olacak kuramlar geliştirmek durumundadır. Disiplinler birbirlerinden yalıtılmış bir biçimde çalışma yürüttüklerinde, diğer disiplinlerde üretilmiş canalıcı bir bilgi bilinmeyecek veya yok sayılacaktır. Bu da, sonuçta, yanlış kuramlar üretme riskini arttıracaktır. Sinirbilimleri sistemlerinde olduğu gibi (40), dayanıklılık gelişimindeki karmaşık sistemlerin her katmandaki analizlerini bağlantılandırıcı iç içe geçmiş bir iskeletin olması çok önemlidir(11,36).

### **Kötü muamele gören çocuklarda dayanıklılık: tek katmandan çok katmanlı araştırmalara**

Çocuğun kötü muamele gördüğü bir ortamda büyümesi, gelişiminde, biyolojik ve psikolojik işlevsellik alanlarının birçok bölgesinde aksama ve zorluklara neden olan çok stresli bir ortam oluşturur (41). Kötü muameleyle bağlantılı çevresel koşullar ortalama beklenen çevreden ağır sapmalar gösterir. Kötü muameleyle maruz kalan çocuklar nörobiyolojik süreçler, fizyolojik yanıt verebilirlik, duyguları tanıma ve düzenleme, bağlanma ilişkileri, kendilik sisteminin gelişimi, temsili süreçler, sosyal bilgileri işleme, akran ilişkileri, okuldaki işlevsellikleri ve duygusal ilişkilerinde atipiklik gösterme eğilimindedir (41). Dolayısıyla, bu çocuklar genel olarak daha kırılabilir bir profil sergiledikleri için, gelecekte, maladaptasyon ve psikopatoloji açısından yüksek risk taşırlar.

Her şeye rağmen, geçmişte istismara veya ihmale uğramış bireylerin hepsi yaşamlarındaki çok ağır güçlükler karşısında yenik düşmezler. Kötü muamele gören bireylerin belirgin ağır stres ve travmaya maruz kalmalarına rağmen adaptif başa çıkabilme becerileri geliştirmesini inceleyen çalışmalar, daha düşük düzeydeki güçlüklerde ortaya konulamayan etkili başa çıkabilme davranışı ile ilişkili süreçlere dair çok katmanlı analizlerin yapılabilmesine olanak sağlamıştır (42). Kötü muamele gören çocukların yoğun

strese maruz kalmalarına rağmen nasıl iyi bir gelişim ve işlev gösterdiklerinin anlaşılması, başa çıkmayla ilgili gelişim kuramlarının ve önleme, girişim konularının açıklamaları açısından önemli bilgiler sunmuştur.

Kötü muamele gören çocuklarda dayanıklılığı sağlayan yollarla ilgili boylamsal bir araştırmada, kötü muamele gören ve görmeyen çocuklarda (her ikisi de kıyaslanabilir düşük sosyoekonomik altyapıdan) dayanıklılığı sağlayan farklı yollar olup olmadığını ve bu iki grup arasında dayanıklılık, işlevsel düzeyin geri kazanılması veya azalması açısından, üç yıllık zaman dilimi içerisinde, bir farklılık ortaya çıkıp çıkmadığını araştırmayı amaçladık (32). Kötü muamele gören çocuklar görmeyenlerle karşılaştırıldığında, dayanıklılık işlevinin birçok göstergesi açısından (akranlarıyla geçinebilme, davranış sorunları, okuldaki durumları, kendilerine bakım veren erişkinlerle ilişkileri) daha fazla işlevsel bozulma gösterdiler. Ayrıca bu bozulmaların çoğu, değerlendirmeden sonraki iki veya üç yıllık dönem içerisinde de devam etti. Ayrıca, üç yıllık izlemin her yılında, kötü muamele gören çocuklar görmeyenlere göre daha az dayanıklılık işlevi sergilediler. Ek olarak, bu boylamsal çalışmada, kötü muameleyle maruz kalan çocukların maladaptif işlevselliğinin devamlılık göstermesi kayda değer düzeylerdeydi. Bu bulgular topluca değerlendirildiğinde, kötü muamele içeren yaşantıların yeterli işlevsellik sağlama üzerindeki zararlı etkileri vurgulanmakta ve bu etkilerin geçici olmadığı anlaşılmaktadır.

Bu çalışmada ayrıca, ardı ardına her yıl yapılan üç dayanıklılık işlevi değerlendirmesi sonuçlarına göre, kötü muamele gören ve görmeyen çocuklarda farklı örüntü grupları oluşturduk. Bu grupların gözlemi, dayanıklılık işlevinde azalma bulunan grupta, kötü muamele gören çocukların kötü muamele görmeyen çocuklara göre anlamlı olarak daha yüksek oranda olduğunu ortaya koymaktadır (%40,6-%20). Ayrıca, hiçbir yeterli belirteci göstermeyenler, yani üç yıllık çalışma boyunca hiçbir dayanıklılık çabası geliştirmeyenler, kötü muamele görenlerde (%9,8) görmeyenlere (%1,3) göre daha büyük oranda idi. Garmezy (16,24) çocukların çoğunun kronik ve ağır güçlük durumlarında bir miktar dayanıklılık çabası sergilediklerini sıkça vurgulamıştır. Dayanıklılık çabasının, kötü muamele gören çocukların yaklaşık %10'unda hiç bulunmaması, bütün canlı organizmaların yaşamsal özelliklerden olan kendini düzeltme (self-righting) eğilimine ters düşmesi açısından çok önemlidir. Bu çabanın, tüm araştırma boyunca, sabit bir biçimde hiç görülmemesi anormal ve endişe verici bir durumdur.

Dezavantajlı, kötü muamele gören ve görmeyen çocuk gruplarında dayanıklılık işlevinin gelişimine katkıda bulunan etmenleri de inceledik. Kötü muameleyle maruz kalan çocukların oluşturduğu grupta, dayanıklılık işlevinin temel öngörücüleri olarak saptanan kişilik özellikleri şunlardır: ego aşırı kontrolünün bulunması (yani, dürtüleri izleme ve kontrol etme ve duygulanımı düzenleme becerisi), ego dayanıklılığı (yani, durumsal ihtiyaçlara göre duygulanımı ve davranışı düzenlemedeki esneklik derecesi) ve olumlu özdeğerlilik. Aksine, kötü muamele görmeyen grupta ise,

çocukların anneleri ve diğer bakım veren erişkinlerle kurduğu olumlu ilişkiler ve ego dayanıklılığı adaptif işlevin öngörülmesinde önemli rol oynamaktaydı. Kötü muameleyle maruz kalan gençlerde güvensiz ve düzensiz bağlanmanın yüksek oranda olduğu dikkate alındığında (43), ilişkisel etmenlerin, dezavantajlı kötü muamele görmeyen çocuklarda dayanıklılığın edinilmesinde daha hayati önem taşıdığı akla yatkın hale gelmektedir.

Kötü muameleyle maruz kalan çocuklarda, kişilik özellikleri ve kendilik sistemiyle ilgili süreçler dayanıklı adaptasyon sağlanması açısından daha önemli bulunmuştur. Özellikle, kendilik sistemi değişkenlerinden kendilik inancı ve özgüven, kişilerarası ilgisizlikle (yani, ego aşırı kontrolü) birlikte, kötü muamele gören çocuklarda dayanıklılık gelişimi açısından önem taşımaktadır. Daha çekingen, kontrollü ve rasyonel bir etkileşim ve ilişki biçimi benimsendiğinde (yani, dayanıklı aşırı kontrol) direnç gösteren kötü muamele görmüş çocuklar, kötü ev koşullarında, başarılı adaptasyon için gerekenlere daha fazla uyum gösteriyor olabilirler. Aşırı kontrollü olmalarının, onları devam eden kötü muameleyle hedef olmaktan kurtarması olasıdır. Aksine, kötü muamele ortamlarında, duyguların dışavurulması başarılı adaptasyon için uygun değildir, çünkü diğerlerinin daha fazla dikkatini çekerek ve reaksiyona sebep olarak kötü muamele görme riskini arttıracaktır (44).

Kötü muamele gören çocuklardaki dayanıklılığın altında yatan etmenlere ilişkin psikososyal süreçlerle ilgili bu araştırmanın tamamlanmasının ardından, çok katmanlı iki araştırmaya başladık. Bu çalışmayı destekleyen ekolojik-transaksyonel bakış açısı, analizin birçok katmanını hesaba katarak biyolojik ve psikolojik düzenekleri aynı çatı altında birleştirmemizi sağladı (3,4). Bu bakış açısı, analizin herhangi bir katmanın diğerine karşı üstünlüğü olmadığını ve doğuştan gelenler ile sonradan edinilenler ve biyoloji ile psikoloji arasındaki keskin kavramsal sınırların geveştirilmesini kabul etmektedir (45-47). Dolayısıyla bu kuramsal bakış açısı, çok katmanlı bakış açısının dayanıklılık konusuna uygulanması açısından hazır bir model oluşturdu.

Yüksek stresli düşük sosyo-ekonomik altyapıya sahip kötü muamele gören ve görmeyen çocuklardaki, dayanıklılık, duygulanımı düzenleme ve hemisferik EEG asimetrisini inceleyen ilk çok katmanlı araştırmada, dayanıklı işlevsellikle ilintili olumlu duygulanım ve artmış duygusal düzenleme becerisinin görece artmış sol frontal EEG aktivitesi ile bağlantılı olduğu hipotezini öne sürmüştük (48). Hemisferik EEG aktivitesi asimetrisinin bileşenleri ve anlamı ile ilgili literatürün büyük bir kısmı, sık rastlanan bu bulgunun, duygulara özgü etki gösteren bir nöral sistem varlığını işaret ettiğini belirtiyordu. Bu sistem sayesinde her iki serebral hemisfer korteksi de, farklı şekillerde, duygularla bağlantılı hale geliyordu (48). Özel olarak, sol hemisfer olumlu duygular/yaklaşma davranışı ve sağ hemisfer olumsuz duygular/geri çekilme davranışıyla bağlantılıdır. Duygular ve özellikle, olumlu duygular ve duyguları düzenleme yeteneğinin iyi olması, dayanıklı adaptasyonla istikrarlı bir biçimde bağlantılı bulunmuştur (18,49,50). Dolayısıyla, hemisferik EEG asimetrisinin dayanıklılıkla olan olası bağlantısı,

onların duygu ve duygusal düzenleme ile aralarındaki ortak bağlardan kaynaklanmaktadır.

Santral kortikal bölgelerdeki EEG asimetrisi yüksek ve düşük dayanıklılık işlevi gösteren çocukları ayırdetmeyi sağlamaktadır; öyle ki, dayanıklı adaptasyon gösteren kötü muamele görmüş çocuklarda, sol hemisfer aktivitesi karakteristik bulunmuştur. Burada, dayanıklı adaptasyon, geliştirdiğimiz ve çeşitli bileşenleri (örneğin, akranlarla iyi ilişki kurma, okula başarılı uyum, düşük düzeyde depresif belirti, düşük içe-vurum ve dışa-vurum psikopatolojileri) içeren bir bileşik yeterlilik indeksi ile saptanmaktadır (51). Ayrıca, duygu düzenleyici işlevlerin 35 saatlik bir gözleme dayalı olarak yürütülen davranışsal ölçümü de, kötü muamele görmüş ve görmemiş çocuklara dair dayanıklılık öngörüsü yapılabilmesi için önemli ölçüde katkıda bulunmaktaydı.

Dayanıklılık adaptasyonunda hemisferik EEG asimetrisi gibi nöral katmandaki olayların araştırılması, bize, gelişim süreci içerisinde herhangi bir özelliğin diğerlerine göre bir üstünlüğü olmadığını anımsattı. Dayanıklılık, devingen, zaman içerisinde birden fazla etmenin etkileşimi ile oluşan bir süreçtir; bu süreç içerisinde herhangi bir zamanda, herhangi bir etmenin diğerlerine temel bir üstünlüğü yoktur. Ancak gelişim süreci boyunca ele alındığında, kaçınılmaz biçimde birbirleriyle etkileşim içerisinde olmalarına rağmen, çeşitli biyolojik ve psikolojik süreçlerin görece önemi değişebilmektedir.

Laboratuvarımızda yürütülen bir diğer çok katmanlı araştırmada, kötü muamele görmüş ve görmemiş düşük gelirli çocuklardaki dayanıklılık işlevinin, stres cevaplı adrenal steroid hormonlarının (kortizol ve dihidroepiandrosteron-DHEA) düzenlenmesi ve aynı zamanda, ego dayanıklılığı ve ego kontrolü gibi kişilik yapıları ile ilişkileri incelenmiştir (52). Burada, dayanıklılık için öngörücü etmen olarak seçtiğimiz adrenal hormonlar, hipotalamo-pituiter-adrenal (HPA) eksenindeki iki önemli adrenokortikal hormondur. Bireylerin akut travmaya maruz kaldıklarında kortizol düzeylerini arttırabilme kapasiteleri yaşamı sürdürülebilmek için önemlidir (2). DHEA bağışıklık, kardiyovasküler, endokrin, metabolik ve santral sinir sistemlerini içeren birçok biyolojik aktivite üzerinde etkisini gösterir (53).

Dayanıklılığa varan yollar ile ilgili yukarıda açıklanan, daha önceki tek ve çok katmanlı araştırmalarda olduğu gibi, bu araştırmada da, çok bileşenli bir dayanıklılık ölçümü kullanılmıştır. Bu ölçüm, yeterli düzeyde akran ilişkileri, okul başarısı, düşük düzeyde içe-dönük ve dışa-dönük belirti örüntüsü gibi bileşenleri ve çok yönlü bilgi kaynağı ve çoklu yöntemleri kapsamaktadır. Ego dayanıklılığı ve ego aşırı-kontrolü ile strese bağlı steroid hormonlarının (yani, kortizol ve DHEA) dayanıklılığa katkılarının birbirinden bağımsız olduğunu ve karşılıklı etkileşim içinde olmadıklarını bulduk. Davranışsal/psikolojik ve biyolojik etmenlerin her birinin, farklı analiz katmanlarında işlev görmelerine rağmen, dayanıklılığa katkılarının kendilerine özgü olduğu bulunmuştur.

Uzamış stres, kötü muameleye maruz kalan çocuklarda genellikle görüldüğü gibi, birden çok biyolojik sistemin fizyolojik düzeneklerinin bozulmasının birikimi sonucu oluş-

muş allostatik yüklenmeye yol açar. Bu allostatik yüklenme, sebep ve sekellerden oluşan bir döngü oluşturarak beyin, organ sistemleri ve biliş, duygu, kişilik ve davranışların altında yatan nörokimyasal dengeyi değiştirir (54,55). Allostatik yüklenmenin, stres adaptasyonuna verilmesi gereken yanıtların uzun bir süre boyunca sürdürülmesi gerektiğinde olduğu düşünülmektedir. Allostaz ve allostatik yüklenmenin genel bir biyolojik ilkeye işaret ettiği düşünülebilir; vücudun stres adaptasyonuna yardımcı olan ve kısa dönemde koruyucu işlevler üstlenen sistemler, uzun süre kullanıldığında veya etkin bir şekilde düzenlenmediğinde patofizyolojik süreçlerin gelişiminde rol alabilir.

Kötü muamele görmeyen çocuklarda, sabah kortizol düzeylerinin yüksekliği ile düşük dayanıklılık çabasının bağlantılı olduğunu bulduk. Yüksek bazal kortizol düzeyleri kötü muamele görmeyen çocukların daha ağır stres yaşadığına ve dolayısıyla, yeterli adaptasyon gösterebilme becerilerinin kısıtlandığına işaret ediyor olabilir. Kötü muameleye maruz kalmış çocuklardan oluşan grupta, kötü muamelemin alt tiplerine göre kortizol düzenlenmesinde farklılıklar saptanmıştır. Fiziksel istismara maruz kalmış yüksek sabah kortizol düzeyli çocuklar, fiziksel istismara maruz kalmış düşük kortizol düzeyli çocuklara göre daha yüksek dayanıklılık işlevine sahipti. Fiziksel istismara uğrayan çocuklardaki yükselen kortizolün olumlu etkisi, araştırmamızda kötü muamele görmeyen ve cinsel istismara maruz kalmış çocuklarda saptanan düşük dayanıklılık işlevi ile ilişkili daha yüksek kortizol düzeylerinin etkisinden farklıdır.

Nöroendokrin düzenlemenin değerlendirildiği önceki araştırmada fiziksel istismara uğramış çocukların genel olarak daha düşük sabah kortizol seviyeleri sergilediği gösterilmiştir (56). Belki de, fiziksel istismara uğramış çocuklar alt grubunda yaşamsal streslerle başa çıkmak için kortizol düzeylerini yükseltebilenler daha fazla dayanıklılık çabası göstermekteydi. Aksine, fiziksel istismara uğramış ve sabah kortizol düzeyi düşük çocukların oluşturduğu daha büyük alt grupta, kronik strese maruz kalma sonucu hipokortizolizm gelişmekteydi (yani, allostatik yüklenme) (57). Sonuç olarak, bu çocuklarda, süregiden stres altında pozitif adaptasyonu geliştirmek için HPA ekseninde gereken tetiklenme kapasitesi azalmış olabilir. Ek olarak, bazal kortizol düzeyi yüksek, cinsel istismara maruz kalmış çocuklarda dayanıklılığın çok düşük düzeyde oluşu, farklı travmatik yaşantıların, zihinsel meşguliyyete ve kronik aşırı uyarılmanın getirilerine eşlik eden HPA ekseninin aşırı uyarılmasının bir ürünü olabileceğini bulduk (52).

Son olarak, yüksek dayanıklılık işlevli kötü muamele görmüş çocukların, görece DHEA diurnal artışıyla seyreden özgül atipik bir örüntü sergilediğini keşfettik. Gün boyunca DHEA'larını yükseltebilme kapasitesine sahip kötü muamele görmüş çocuklar yüksek düzeyde kronik strese maruz kalma ile başa çıkma ve daha iyi adapte olma konusunda daha hazırlıklı olabilirler. Aksine, kötü muamele görmemiş dayanıklı çocuklar diurnal DHEA yükselişi göstermek yerine, gün boyunca en düşük DHEA düzeylerini sergilediler.

## **Kötü muamele görmüş çocuklardaki dayanıklılığı sağlayan moleküler düzenekler ve gen-çevre etkileşimleri:**

Son yıllarda, psikopatoloji ve dayanıklılık gelişiminde genler ve çevresel patojenler arasındaki ilişkilerin araştırılmasına yönelik ilgi yeniden artmıştır (58-60). Genetik bakış açısı ile dayanıklılık, genetik olarak maladaptasyon ve ruhsal bozukluk riski taşıyanların etkilenmemesi biçiminde kavramsallaştırılabilir (61). Ayrıca, maladaptasyon ve ruhsal bozukluk gelişimi açısından genetik olarak yüklü ailelerdeki bazı bireyleri koruyan ve olumsuz sonuçların doğmasını engelleyerek dayanıklılığa katkıda bulunan genetik değişkenler olabilir (58). Ayrıca genlerin bazı bireyleri çevresel etmenlere karşı koruma amacıyla da hizmet etmesi olasıdır. Dolayısıyla, maladaptasyon ve psikopatoloji üzerindeki genetik etkilerin deterministik bir biçimde değil de probabilistik bir biçimde etki ettikleri kolayca anlaşılabilir.

Gen-çevre etkileşiminde (GxE) çevresel yaşantılar genlerin (veya genler çevresel yaşantıların) normal, psikopatolojik ve gelişimsel dayanıklılık sonuçlarına yol açan etkilerini düzenler. Örneğin, işlevselliği etkileyen genetik etmenler sadece belli çevresel koşullarda veya belli yaşantılar sonrasında görülebilir; öte yandan, yaşantılar sadece belirli genetik özellikleri olan bireylerde sonuçlara neden olabilir (62).

GxE çalışmalarının çoğu, monoamin oksidaz A (MAO-A) ve serotonin taşıyıcı (5-HTT) genlerindeki polimorfizmi araştırmıştır. Her iki gen de erken beyin gelişimi ve duygu, davranış ve strese verilen yanıtın yönetiminde birincil işlev sahiptir (58). Çocuğa yapılan kötü muamelelerin çevresel tehlikesine karşı çocukların verdikleri yanıtlardaki farklılıkların genetik etkilere bağlı olduğu düşünülmektedir (59). Çocuğun kötü muameleyle maruz kalmasının güçlü bir çevresel patojen olduğunu gösteren etkileyici sonuçlar GxE araştırmalarına (59,60; meta analizler için 65,66) olan ilgiyi artırmıştır.

Caspi ve arkadaşları (62,63), erken çocuklukta ağır kötü muameleyle maruz kalmış büyük bir grup erişkinde GxE etkilerini göstermişlerdir. Özellikle, Caspi ve ark. (58), gelişimlerinin erken evrelerinde kötü muameleyle maruz kalmış ve MAOA'nın düşük aktiviteli alleli olan erkeklerde, kötü muameleyle maruz kalmış ve yüksek aktiviteli MAOA alleli olanlara göre daha fazla antisosyal ve saldırganlık belirtileri saptamışlardır. Yüksek aktiviteli MAOA alleli olan ve kötü muameleyle maruz kalmış grup üyeleri, erişkin çağda kötü muamele görmüş düşük aktiviteli MAOA alleli olanlara göre daha az antisosyal ve saldırganlık belirtileri sergilemişlerdir (62). Bir başka araştırmada Caspi ve ark., çocukluk çağında ağır kötü muameleyle maruz kalmış ve 5-HTT geninin kısa varyantını (s/s) taşıyan kişilerin, 5-HTT geninin uzun varyantını (l/l) taşıyan ve çocukluk çağında kötü muameleyle maruz kalmışlara göre daha fazla depresif belirtisi olduğunu saptamıştır. Aksine 5-HTT'nin uzun varyantını taşıyan ve çocukluk çağında kötü muamele gören grup, 5-HTT kısa varyantı olan ve erişkin çağda kötü muamele gören gruba göre daha az depresif belirtiyi sergilemekteydi (63). Buradan yola çıkarak, yüksek aktiviteli MAOA gen polimorfizmi ve 5-HTT geninin uzun varyantının, ço-

cukluğunda ağır derecede kötü muameleyle maruz kalmış erişkinlerde, antisosyal bozukluk ve depresyona karşı koruyucu işlev gördüğü düşünülebilir.

Laboratuvarımızda, kötü muamele görmüş çocuklardan oluşan büyük bir grupta, depresif belirtiler ile MAOA ve 5-HTT genlerinin polimorfizmlerinin ilişkilerini inceleyen bir araştırma yaptık (67). Düşük sosyoekonomik düzeyden gelen ve çocukluk çağında kötü muamele yüküleri olan ve olmayan ergenlerde, ruhsal bozukluklar için yapılandırılmış tanınal bir görüşme yapıldı ve bu gruptan ayrıca, genetik analiz için yanak içinden hücre alındı. Yoğun kötü muameleyle maruz kalmış düşük MAOA aktiviteli ergenlerin daha fazla depresif belirtisi olduğunu gördük. Benzer düzeyde kötü muamele görmüş yüksek MAOA aktivitesine sahip ergenlerde, başedebilme becerileri daha az depresif belirtiyi bulunuşu ile bağlantılıydı. Başedebilme becerileriyle yüksek MAOA aktivitesinin, düşük depresif belirtiyiyle olan bağlantısı, aklımıza, kötü muamele gören çocuklardaki dayanıklılık ile ilgili araştırmamızın sonuçlarını getirdi. Özellikle, özgüven ve özerkliğin, kötü muamele gören çocuklardaki dayanıklılık açısından belirleyici olduğu bulunmuştu (32). Kötü muameleyle maruz kalmış ve olumlu kendilik özellikleri olan dayanıklılık gösteren çocukların, ayrıca maladaptasyona karşı koruyucu işlevleri olan gen polimorfizmlerine (yüksek MAOA aktivitesi gibi) sahip oldukları düşünülebilir.

Cinsel istismar ve 5-HTT kısa alleli, daha yüksek düzeyde depresyon, anksiyete ve somatik belirtilerin öngörücüsüdür. Bu GxE etkileşimi, el olarak MAOA aktivite düzeyi tarafından da yönetilmektedir. Özellikle, cinsel istismara maruz kalmış ve 5-HTT kısa allelinin bir veya iki kopyasını taşıyan ergenlerde, ek olarak yüksek aktiviteli MAOA geni de varsa, belirgin biçimde daha düşük düzeylerde içselleştirici belirtiler görüldüğünü saptadık (67).

Ayrıca, kötü muamele görmüş veya ihmal edilmiş çocuklardaki dayanıklılık yollarıyla ilgili çok katmanlı araştırmamızda, genetik ve birçok fizyolojik ölçümü birleştirerek, bunların birlikte oluşturdukları etkileri araştırmaya başladık. Örneğin, laboratuvarımızda devam etmekte olan bir boylamsal araştırmada, çok katmanlı analizle kötü muamele görmüş çocuklarda travmaya bağlı psikopatolojilere ek olarak, dayanıklılığa yol açan çok katmanlı süreçleri de incelemekteyiz. Aday genlerin genotiplendirilmesine ek olarak, duygusal uyarılara verilen nörofizyolojik yanıtlar, nörokognitif, hormonal ve davranışsal işlevlere ilişkin çoklu ölçümleri birleştirdik. Dayanıklılık belirteçleriyle ilgili araştırma alanı, genetik, nörobiyoloji ve davranışlar arasında çizilen yapay sınırları sürdürmeye artık izin vermemektedir.

## **Nöroplastisite ve dayanıklılık: bazı olası bağlantılar**

Nöroplastisitenin deneyim-beklentili ve deneyime-bağımlı düzenekleri, kortikal dokunun anatomik yapısının ayrılmaz bir parçasıdır ve beyin oluşumunun geniş anlamda şekillendirilebilir bir süreç olmasını sağlamaktadır (65-67). Gelişimsel psikopatologlar ve sinirbilimciler bu bilgiyi,



beyin gelişiminin, psikopatoloji ve dayanıklılık oluşumuna ve epigenezine katkıda bulunan kırılma ve koruyucu süreçlerini anlayabilmek için kullanılabilirler. Ayrıca, plastisite düzenekleri beyinin anatomik farklılaşmasını çevreden gelen uyarılara bağımlı hale getirdiği için, serebral korteksin hücresel yapısının sosyal çevreden gelen verilerle şekillendiği açıktır. Korteksin yapılanması ancak genel olarak genetik altyapıya bağlıdır; nihai farklılaşması ise, yüksek oranda, bireyin içinde bulunduğu somut çevreyle başa çıkma stratejileri sonucu ortaya çıkar. Dolayısıyla, bu sürecin tüm sonuçlarının (normal, anormal ve dayanıklılık) birçok kortikal yapı ağını ve farklı kişilik özelliklerini kapsamaması olasılığı yüksektir.

Beyin hasarına yanıt olarak ortaya çıkan nöral plastisite tedekine benzer biçimde (68-71), dayanıklılık da, bireyin travma veya güçlüğe maruz kalmasının ardından ortaya çıkan iyileşebilme becerisi olarak değerlendirilebilir (9,32). Bu bakış açısına göre, güçlüklerin bir ve ya daha fazla nöral bileşen üzerinde zararlı etki gösterdiği düşünülür ve nöral plastisite düzenekleri bireyin iyileşmesini sağlar. Bu durum, dayanıklı olarak tanımladığımız bazı bireylerin, beynini etkileyen çevresel saldırılardan kurtulmak için, diğer bireylere göre normal ölçülerden daha fazla, doğuştan gelen kapasiteleri olduğu (plastisite gibi) sonucuna varmamızı sağlayabilir. Dayanıklılığa dair bu bakış açısına göre, çevresel güçlükler beyin için 'kötü' olarak değerlendirilir; iyileşme ise beyinin doğuştan gelen bir özelliği olarak ele alınır. Ancak bu bakış açısı, iyileşme süreci üzerinde, olumlu çevrenin etkisini (örneğin, sosyal desteklerin varlığı), kişinin aktif başa çıkma çabalarının veya koruyucu/plastisite genlerinin etkilerini değerlendirmeye katmaz.

Dayanıklılıkla ilgili bir diğer kavramsallaştırmada, çevresel güçlüklerin beyinde yaptığı etkilere karşı dayanıklı bireylerdeki normalden daha fazla olan direncin, onları, beyin ve diğer biyolojik sistemler üzerine olan olası zararlı etkilere yenik düşmekten koruduğudur. Beyin-güçlük etkileşimi ile ilgili bu bakış açısı sadece nöral plastisite ile sınırlandırılmamalıdır. Bu yüzden, bu bireyler için işlevsel iyileşme terimi kullanılmamalıdır, çünkü hiçbir şekilde işlev 'kayıp'ları olmamıştır.

Beynin doğrudan görüntülenmesini sağlayan karmaşık tekniklerdeki gelişmeler, gelişimsel psikopatoloji araştırmalarının çeşitli yöntemlere ulaşabilmesini kolaylaştırmıştır. Bu yöntemlerin birçoğu, nöral plastisiteye ek olarak beyinin yapısı ve işlevlerinin ayrıntılı bir şekilde gözlemlenmesini de sağlamıştır. Bu yeni yöntemler nöral plastisite ile dayanıklılık arasındaki ilişkiyi, belki de, bu iki süreç arasındaki doğrudan etkileşimi, deneysel olarak gözlemleyebilmemizi sağlamıştır. Bu sayede, hem nöral plastisitenin dayanıklılığın gelişimi ve sürdürülmesi üzerinde nasıl bir etkisi olduğuna, hem de dayanıklı insanlardaki nöral plastisite düzeneklerinin farklı olup olmadığına dair sorulara yanıt bulunabilir.

Dayanıklılık işleviyle ilgili bu zor sorulardan beyin görüntüleme yöntemlerini kullanarak yanıtlayabileceklerimiz arasında şunlar sayılabilir: a) Dayanıklı olan kötü muamele görmüş ve görmemiş çocuklardaki beyin yapısı ve işlevleri farklı mıdır? b) Güçlük karşısında dayanıklılık gösteren bireylerin beyin yapı ve işlevleri güçlüğün bulunmadığı

ortamlarda büyüyen normal çocuklardan farklı mıdır? c) Zorlayıcı veya stresli görevler sırasında dayanıklılık gösteren bireylerin böyle durumlarda dayanıklılık göstermeyen bireylerle karşılaştırıldığında, belirli beyin bölgeleri mi aktive olmaktadır? d) Erken yaşta güçlüğe maruz kalmasına rağmen dayanıklılık gösteren bireylerin, erken yaşta güçlüğe maruz kalıp dayanıklılık göstermeyenlere göre beyinlerindeki hangi bölgeler yapısal ve işlevsel açıdan farklıdır? (yani, erken dönem yaşantılarının rolü nedir?) e) Daha sonrasında dayanıklılık kazanılmasının olanaksız olduğu hassas dönemler var mıdır veya yaşam boyunca dayanıklılık sağlamak mümkün müdür? f) Dayanıklı olarak nitelendirilen bireylerde zaman içerisinde, beyin yapısı ve/veya işlevlerinde, nöral plastisite süreçlerini yansıtan değişimler olur mu? Dayanıklılığı sağlayan yollarla ilgili halen varolan psikoloji ağırlıklı yaklaşımlara nörogörüntüleme tekniklerinin de eklenmesi, bu yazıda daha önceden sözünü ettiğimiz biyolojik ve moleküler genetik yöntemlerle birlikte, ağır güçlüklerle rağmen karmaşık süreçler sonucunda ortaya çıkan başarılı sonuçlarla ilgili heyecan verici buluşlara ulaşmamızı sağlayabilir.

Dayanıklılık ile nöral plastisite arasındaki yakın ilişkinin araştırılması yanında, dayanıklılıkla doğrudan bağlantılı birçok nörobiyolojik süreç (örneğin, biliş, nöroendokrin işlevler) vardır (14,51). Bu süreçlerin dayanıklılık üzerine etkileri olmasına rağmen, bu süreçlerle dayanıklılık arasındaki ilişkinin altında yatan ortak düzenek bir dereceye kadar nöral plastisite ile açıklanabilir.

### **Dayanıklılık sağlayan müdahaleler: çok katmanlı bakış açısı**

Dayanıklılık ile ilgili araştırmalar, ağır güçlüğe maruz kalan çeşitli yüksek riskli topluluklarda dayanıklılık işlevinin gelişimi için yapılan girişimlerin geliştirilmesi ve yaşama geçirilmesi açısından yol göstericidir (27,72). Bu girişimler, kültürel, toplumsal, ailesel ve bireysel alanlar gibi farklı katmanlardaki koruyucu ve kırılma artırıcı etmenleri hedef almalıdır.

Her ne kadar uygulamaya konan girişimler, çocuk ve bulunduğu çevre arasındaki çoklu etkileşime yönelik duyarlılığı sağlamak için çok yönlü yaklaşım uygulamış olsa da, bilgilerimize göre, çok azında, girişim öncesi ve sonrası değerlendirmeler biyolojik ölçümleri kapsamıştır. Önleyici bilimlerin temel amaçlarından biri, işlevsel iyileşmeyi hızlandırmak ve psikopatoloji açısından yüksek risk altındaki bireylerde dayanıklı adaptasyonu sağlamak için bireyin gelişimi sırasında girişimde bulunmaktır (6). Bu nedenle, amacı dayanıklı adaptasyonun gelişimini hızlandırmak olan RCT girişimlerinin etkilerini değerlendiren araştırmalarda, DNA dizilerinden kültüre kadar değişen çok katmanlı analiz yöntemlerinin kullanılması önemlidir.

Çocuklar ve ergenlerdeki önleyici girişimlerin değerlendirilmesinde biyolojik süreçler üzerinde durulmamasının en az iki nedeni vardır. Bu kısmen, gelişimsel psikolojideki, biyolojik süreçlerin mizacın nörobiyolojik yönlerini yansıtan kalıtsal bireysel farklılıkların göstergeleri biçimi-

minde ele alınması geleneğinden kaynaklanmaktadır (73). Bu gelenek, biyolojik süreçlerin ya biçimlendirilemez ya da deneyim sonucunda ortaya çıkan olumlu değişimlere daha dirençli oldukları yönündeki inanışları güçlendirmektedir. Biyolojik ve psikolojik örgütlenmelerin değişik katmanları arasında çift-yönlü bağlantılar olduğu için, deneyimlerin de biyoloji üzerine etki ettiklerini fark etmek önemlidir (68,74). Çevresel değişikliklere yanıt olarak ortaya çıkan nörobiyolojik yeniden yapılanmalarla ilgili kanıtlar, destekleyici ortamların daha sabit olduğu topluluklarda daha az belirgin olabilir. Ancak, ağır çevresel koşullar altında yetişen bireyler ile ilgili çalışmalar, bu farklı sistemlerin bileşenlerini daha kolay ayırt edebilmemizi sağlayarak, deneyim ve nörobiyoloji arasındaki çift-yönlü etkiye ışık tutmalıdır.

Güçlüğün veya travmanın rastgele dağıtımı mümkün değilken, girişimlerin rastgele dağıtılması mümkündür. Biyolojik sistemlerin yapılan girişimlerle iyileşmesi, bu sistemlerin, gelişim sırasında da çevresel uyaranlara duyarlı oldukları görüşüne destek sağlar. Ayrıca, eğer rastgele girişimler hastalıklarla ilgili nörobiyolojik sistemleri değiştiriyor ise ve bu girişimlerin psikososyal ve davranışsal işlevlerdeki değişiklikleri etkiledikleri gösterilebilirse, bu durum hastalıkların nörobiyolojik altyapılarının anlaşılmasını kolaylaştıracaktır. Üstelik önleyici girişimler, biyolojik hasarların iyileşmesine veya tamirine, henüz yeni anlaşılmaya başlanan bazı yollarla katkıda bulunabilir. Maladaptif gelişim riskini arttıran nörobiyolojik süreçleri daha iyi kavramamız önleyici girişimler açısından yeni amaçlara işaret edebilir. Önleyici bilim insanları için önleyici girişimler sonucu, yaşantı ve psikolojik işlevlerde ortaya çıkan değişimlerin biyolojik süreçleri nasıl etkilediğinin anlaşılması önemlidir.

Hayvan çalışmalarında, yaşantıların, beyinin mikroyapısı ve biyokimyası üzerine etkileri olduğu saptanmıştır (75). Bu nedenle, artık, nöral plastisitenin epigenезis süresince devamlılığının maladaptasyon ve ruhsal bozukluğun çeşitli türlerinin iyileşmesinde hayati önemi olduğu öne sürülebilir. Hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalarda, etkili girişimlerin yalnızca maladaptif davranışı değil, aynı zamanda davranışın hücresele ve psikolojik bağıntılarını da değiştirdiği yönündeki veriler gün geçtikçe artmaktadır (76,77). Başarılı önleyici girişimler gen ekspresyonunda yol açtıkları değişikliklerle beyinde yeni bir yapısal düzenlenmeye neden olarak davranışı ve fizyolojiyi değiştirebilirler (76). Önleyici girişimlerle ilgili araştırmaların önemli bir amacı, herhangi özgül bir girişimin daha etkin olduğu gelişim dönemlerinin saptanmasıdır. Böylece, o girişim o döneme özgü olarak kullanılabilir. Nörobiyolojik süreçlerin ölçümlerini içeren önleyici girişim araştırmalarının bir başka amacı da girişime duyarlı dönemleri belirlemektir. (78)

RCT önleme çalışmaları yoluyla değişimin hangi çoklu katmanlarda oluştuğunun saptanması, değişim düzeneklerinin, nöral plastisitenin ne derecede geliştirilebileceğinin ve maladaptasyon, psikopatoloji ve dayanıklılığa ait biyolojik ve psikolojik süreçlerin karşılıklı ilişkilerinin daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır (79). Ayrıca, deneysel olarak kapsamlı şekilde desteklenen, normal, psikopatoloji ve dayanıklılık ile ilgili bütünleşik çok katmanlı kuramlara dayalı önleyici girişimler, toplum veya gerçek-dünya temelli etkinlik çalışmalarında uygulanabilir; böylelikle, ruhsal

bozukluklardan etkilenen çok sayıda insana ulaşılabilir, bu ruhsal bozukluklar önlenir, azaltılabilir ve sonuçta tedavi edilebilir (80). Ayrıca, dayanıklılık artırıcı girişimlerin değerlendirilmesinde biyolojik ölçümlerin de kapsanması, bilim insanlarının, çok yönlü girişimlerin değişik bileşenlerinin farklı beyin sistemlerinde farklı etkileri olup olmadığını anlamalarını sağlayacaktır. Böylece, dayanıklılık geliştirici başarılı girişimlerin (ki bunlar deneyimlere bağımlı nöral plastisite örnekleri olacaktır) kavramsallaştırılması mümkün olacaktır.

Sonuçta, dayanıklılığın, kuramsal olarak yaşam boyunca sürmesi mümkün olan devingen gelişimsel bir yapı olduğu ortak fikrine rağmen, yine de, dayanıklılık geliştirici girişimlerin zamanlamasının değerlendirme gerektiren önemli bir değişken olup olmadığının araştırılması dikkate alınmalıdır. Özellikle, girişimlerin yaşamın erken dönemlerinde uygulandığında daha etkili sonuçlar doğurup doğurmadığının araştırılması çok önemlidir. Benzer şekilde, girişimler, güç olaylar veya yaşantıların tanımlanmasının hemen ardından gerçekleştirilirse, dayanıklılık hedefine daha kısa sürede ulaşmayı sağlayabilir mi? Çok katmanlı analizi içeren bir bakış açısının benimsenmesi, bilim insanlarının, örneğin, yaşamın erken dönemlerinde yapılan dayanıklılık artırıcı girişimlerin, beyin gelişimi ve işlevi açısından daha iyi olup olmadığını; yaşamlarının daha geç zamanlarında veya güçlüğe maruz kalınmasından çok uzun zaman sonra girişimde bulunan bireylerde gelişme olup olmadığını öğrenebilmelerini sağlayacaktır.

## SONUÇLAR

Dayanıklılık araştırmalarında ve dayanıklılık artırıcı girişimlerde (ki bunlar, davranışsal olduğu kadar genetik ve nörobiyolojik değerlendirmeleri de içermelidir) çok katmanlı bir bakış açısının benimsenmesine yönelik çağrı, dayanıklılığı, bırakın tek bir biyolojik değişkene, sadece biyolojiye dahi indirgememektedir. Dayanıklılık ile ilgili çok katmanlı bakış açısının benimsenmesi, bilim insanlarını ve klinisyenleri, eski zamanlarda bazılarının benimsediği gibi, bu çocukların 'incitilemez' olduğu biçimindeki görüşe geri döndürmemelidir. Dayanıklılık araştırmalarında çok katmanlı bakış açısının benimsenmesi, halen, şartlar ve çevrenin önemini vurgulayacak devingen ve transaksyonel bir yönetime sadık kalmayı gerektirmektedir.

Ağır güçlük veya travmaya maruz kalan bireylerde dayanıklılığı sağlayan yollar üzerindeki araştırmalar açısından heyecan verici bir dönemdeyiz. Genomik, epigenetik ve beyin görüntülemesi alanları ile hormonal ve immünolojik ölçüm tekniklerindeki ilerlemelerin, dayanıklılığa giden gelişimsel süreçlerle ilgili bilgilerin artışıyla önemli katkıları olacaktır (11,12). Bu gelişmiş yaklaşım, karşılaştıkları güçlüklerin ardından yeterli işlev gösteremeyen yüksek riskli çocuk ve erişkinler için yeni, belki bireye özgü, dayanıklılık artırıcı girişimlerin geliştirilmesi için büyük bir potansiyele sahiptir. İnsanların, güçlük karşısında nasıl dayanıklılık gösterdiğini tam olarak anlamak için, konuyu, yeterli karışıklık düzeyinde araştırmak görevi bizlere düşmektedir.

## Teşekkür

Bu yazı National Institute of Mental Health (MH083979) ve Spunk Fund, Inc.'in mali katkılarıyla hazırlanmıştır.

## Kaynaklar

- Cicchetti D. Development and psychopathology. In: Cicchetti D, Cohen DJ (eds). *Developmental psychopathology*, Vol. 1. New York: Wiley, 2006:1-23.
- Gunnar MR, Vazquez D. Stress neurobiology and developmental psychopathology. In: Cicchetti D, Cohen D (eds). *Developmental psychopathology*, Vol. 2. New York: Wiley, 2006:533-77.
- Cicchetti D, Schneider-Rosen K. An organizational approach to childhood depression. In: Rutter M, Izard C, Read P (eds). *Depression in young people, clinical and developmental perspectives*. New York: Guilford, 1986:71-134.
- Cicchetti D, Lynch M. Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: consequences for children's development. *Psychiatry* 1993;56:96-118.
- Cicchetti D, Rogosch FA. Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Dev Psychopathol* 1996;8:597-600.
- Ialongo N, Rogosch FA, Cicchetti D et al. A developmental psychopathology approach to the prevention of mental health disorders. In: Cicchetti D, Cohen D (eds). *Developmental psychopathology*, Vol. 1. New York: Wiley, 2006:968-1018.
- Luthar SS. Resilience in development: a synthesis of research across five decades. In: Cicchetti D, Cohen D (eds). *Developmental psychopathology*, Vol. 3. New York: Wiley, 2006:739-95.
- Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev* 2000; 71:543-62.
- Masten AS, Best K, Garmezy N. Resilience and development: contributions from the study of children who overcome adversity. *Dev Psychopathol* 1990;2:425-44.
- Charney D. Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *Am J Psychiatry* 2004;161:195-216.
- Curtis WJ, Cicchetti D. Moving research on resilience into the 21st century: theoretical and methodological considerations in examining the biological contributors to resilience. *Dev Psychopathol* 2003;15:773-810.
- Masten AS. Resilience in developing systems: progress and promise as the fourth wave rises. *Dev Psychopathol* 2007;19:921-30.
- Egeland B, Carlson EA, Sroufe LA. Resilience as process. *Dev Psychopathol* 1993;5:517-28.
- Masten AS. Ordinary magic: resilience processes in development. *Am Psychol* 2001;56:227-38.
- Cicchetti D, Garmezy N. Milestones in the development of resilience. *Dev Psychopathol* 1993;5:497-774.
- Garmezy N. Vulnerability research and the issue of primary prevention. *Am J Orthopsychiatry* 1971;41:101-16.
- Werner E, Smith R. *Vulnerable but invincible: a study of resilient children*. New York: McGraw-Hill, 1982.
- Werner E, Smith R. *Overcoming the odds: high-risk children from birth to adulthood*. Ithaca: Cornell University Press, 1992.
- Garmezy N, Streitman S. Children at risk: conceptual models and research methods. *Schizophr Bull* 1974;9:55-125.
- Rutter M. Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *Br J Psychiatry* 1985;128:493-509.
- Garmezy N, Rutter M. *Stress, coping and development in children*. New York: McGraw-Hill, 1983.
- Pavenstedt E. A comparison of the childrearing environment of upper- lower and very low class families. *Am J Orthopsychiatry* 1965; 35:89-98.
- Zigler E, Glick M. *A developmental approach to adult psychopathology*. New York: Wiley, 1986.
- Garmezy N. The study of competence in children at risk for severe psychopathology. In: Anthony EJ, Koupernik C (eds). *The child in his family: children at psychiatric risk*, Vol. 3. New York: Wiley, 1974:77-97.
- Masten AS, Garmezy N. Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. In: Lahey B, Kazdin A (eds). *Advances in clinical child psychology*, Vol. 8. New York: Plenum, 1985:1-52.
- Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL. Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Dev Psychopathol* 2006;18:623-50.
- Luthar SS, Cicchetti D. The construct of resilience: implications for intervention and social policy. *Dev Psychopathol* 2000;12:857-85.
- Toth SL, Rogosch FA, Manly JT, Cicchetti D. The efficacy of toddler- parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorder. *J Consult Clin Psychol* 2006;74:1006-16.
- Toth SL, Cicchetti D. Developmental psychopathology and child psychotherapy. In: Russ S, Ollendick T (eds). *Handbook of psychotherapies with children and families*. New York: Plenum, 1999:15-44.
- Kellam SG, Rebok GW. Building developmental and etiological theory through epidemiologically based preventive intervention trials. In: McCord J, Tremblay RE (eds). *Preventing antisocial behavior: interventions from birth through adolescence*. New York: Guilford, 1992:162-95.
- Hinshaw SP. Intervention research, theoretical mechanisms, and causal processes related to externalizing behavior problems. *Dev Psychopathol* 2002;14:789-818.
- Cicchetti D, Rogosch FA. The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Dev Psychopathol* 1997;9:799-817.
- Feder A, Nestler EJ, Charney DS. Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nat Rev Neurosci* 2009;10:446-57.
- Cicchetti D. The impact of social experience on neurobiological systems: illustration from a constructivist view of child maltreatment. *Cogn Dev* 2002;17:1407-28.
- Johnson MH. The neural basis of cognitive development. In: Kuhn D, Siegler R (eds). *Handbook of child psychology: cognition, perception, and language*. New York: Wiley, 1998:1-49.
- Segalowitz SJ. Developmental psychology and brain development: a historical perspective. In: Dawson G, Fischer KW (eds). *Human behavior and the developing brain*. New York: Guilford, 1994:67-92.
- Cicchetti D, Blender JA. A multiple-levels-of-analysis perspective on resilience: implications for the developing brain, neural plasticity, and preventive interventions. *Ann N Y Acad Sci* 2006;1094:248-58.
- Masten AS, Cicchetti D. Developmental cascades. *Dev Psychopathol* 2010;22:491-5.
- Cicchetti D. A multiple-levels-of-analysis perspective on research in development and psychopathology. In: Beauchaine TP, Hinshaw SP (eds). *Child and adolescent psychopathology*. New York: Wiley, 2008:27-57.
- Albright TD, Jessell TM, Kandel ER et al. Neural science: a century of progress and the mysteries that remain. *Cell* 2000;100:S1-S55.
- Cicchetti D, Valentino K. An ecological transactional perspective on child maltreatment: failure of the average expectable environment and its influence upon child development. In: Cicchetti D, Cohen D (eds). *Development and psychopathology*, Vol. 3. New York: Wiley, 2006:129-201.
- Cicchetti D, Gunnar MR. Integrating biological processes into the design and evaluation of preventive interventions. *Dev Psychopathol* 2008;20:737-1021.
- Cyr C, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ et al. Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: a series of meta-analyses. *Dev Psychopathol* 2010;22:87-108.

44. Block J, Block JH. The role of ego-control and ego-resilience in the organization of behavior. In: Collins WA (ed). The Minnesota symposia on child psychology: development of cognition, affect, and social relations. Hillsdale: Erlbaum, 1980:39-101.
45. Cicchetti D, Cannon TD. Neurodevelopmental processes in the ontogenesis and epigenesis of psychopathology. *Dev Psychopathol* 1999;11:375-93.
46. Gottlieb G. Probabilistic epigenesis. *Dev Sci* 2007;10:1-11.
47. Thelen E, Smith LB. Dynamic systems theories. In: Damon W, Lerner R (eds). Handbook of child psychology: theoretical, models of human development. New York: Wiley, 1998:563-634.
48. Davidson RJ. Affective style, psychopathology, and resilience: brain mechanisms and plasticity. *Am Psychol* 2000;55:1196-214.
49. Buckner JC, Mezzacappa E, Beardslee WR. Characteristics of resilient youths living in poverty: the role of self-regulatory processes. *Dev Psychopathol* 2003;15:139-62.
50. Masten AS. Humor and competence in school-aged children. *Child Dev* 1986;57:461-73.
51. Curtis WJ, Cicchetti D. Emotion and resilience: a multi-level investigation of hemispheric electroencephalogram asymmetry and emotion regulation in maltreated and non-maltreated children. *Dev Psychopathol* 2007;19:811-40.
52. Cicchetti D, Rogosch FA. Personality, adrenal steroid hormones, and resilience in maltreated children: a multi-level perspective. *Dev Psychopathol* 2007;19:787-809.
53. Majewska MD. Neuronal actions of the dehydroepiandrosterone: possible roles in brain development, aging, memory and affect. *Ann N Y Acad Sci* 1995;774:111-20.
54. Lupien SJ, Ouellet-Morin I, Hupbach A et al. Beyond the stress concept: allostatic load – a developmental biological and cognitive perspective. In: Cicchetti D, Cohen D (eds). *Developmental psychopathology, Vol. 2*. New York: Wiley, 2006:578-628.
55. McEwen BS, Stellar E. Stress and the individual mechanisms leading to disease. *Arch Intern Med* 1993;153:2093-101.
56. Cicchetti D, Rogosch FA. Diverse patterns of neuroendocrine activity in maltreated children. *Dev Psychopathol* 2001;13:677-94.
57. Ganzel B, Morris P, Wethington E. Allostasis and the human brain: integrating models of stress from the social and life sciences. *Psychol Rev* 2010;117:134-74.
58. Kim-Cohen J, Gold AL. Measured gene-environment interactions and mechanisms promoting resilient development. *Curr Dir Psychol Sci* 2009;18:134-42.
59. Moffitt TE, Caspi A, Rutter M. Measured gene-environment interactions in psychopathology: concepts, research strategies, and implications for research, intervention, and public understanding of genetics. *Perspect Psychol Sci* 2006;1:5-27.
60. Rutter M. Genes and behavior: nature-nurture interplay explained. Malden: Blackwell, 2006.
61. Rende R, Plomin R. Families at risk for psychopathology: who becomes affected and why? *Dev Psychopathol* 1993;5:529-40.
62. Belsky J, Jonassaint C, Pluess M et al. Vulnerability genes or plasticity genes? *Mol Psychiatry* 2009;14:746-54.
63. Caspi A, McClay J, Moffitt T et al. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 2002;297:851-4.
64. Caspi A, Sugden K, Moffitt T et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003;301:386-9.
65. Kim-Cohen J, Caspi A, Taylor A et al. MAOA, maltreatment, and gene-environment interaction predicting children's mental health: new evidence and a meta-analysis. *Mol Psychiatry* 2006;11:903-13.
66. Taylor A, Kim-Cohen J. Meta-analysis of gene-environment interactions in developmental psychopathology. *Dev Psychopathol* 2007;19:1029-37.
67. Cicchetti D, Rogosch FA, Sturge-Apple ML. Interactions of child maltreatment and 5-HTT and monoamine oxidase A polymorphisms: depressive symptomatology among adolescents from low-socioeconomic status background. *Dev Psychopathol* 2007;19:1161-80.
68. Cicchetti D, Tucker D. Development and self-regulatory structures of the mind. *Dev Psychopathol* 1994;6:533-49.
69. Greenough W, Black J, Wallace C. Experience and brain development. *Child Dev* 1987;58:539-59.
70. Stiles J. The fundamentals of brain development: integrating nature and nurture. Cambridge: Harvard University Press, 2008.
71. Kolb B, Gibb R. Early brain injury, plasticity, and behavior. In: Nelson CA, Luciana M (eds). *Handbook of developmental cognitive neuroscience*. Cambridge: MIT Press, 2001:175-90.
72. Cicchetti D, Rapaport J, Sandler I et al. The promotion of wellness in children and adolescents. Washington: Child Welfare League of America Press, 2000.
73. Kagan J. Galen's prophecy: temperament in human nature. New York: Basic Books, 1994.
74. Eisenberg L. The social construction of the human brain. *Am J Psychiatry* 1995;152:1563-75.
75. Meaney MJ, Szyf M. Environmental programming of stress responses through DNA methylation: life at the interface between a dynamic environment and a fixed genome. *Dialogues Clin Neurosci* 2005;7:103-23.
76. Kandel ER. Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am J Psychiatry* 1999;156:505-24.
77. Nowakowski R, Bates NL. CNS development: an overview. *Dev Psychopathol* 1999;11:395-417.
78. Zeanah CH, Nelson CA, Fox NA et al. Designing research to study the effects of institutionalization on brain and behavioral development: the Bucharest early intervention project. *Dev Psychopathol* 2003;15:885-907.
79. Cicchetti D, Curtis WJ. The developing brain and neural plasticity: implications for normality, psychopathology, and resilience. In: Cicchetti D, Cohen D (eds). *Developmental psychopathology, Vol. 2*. New York: Wiley, 2006:1-64.
80. Toth SL, Manly JT, Nilsen W. From research to practice: lessons learned. *J Appl Dev Psychol* 2008;29:317-25.

# Depresyonun fizyopatolojisi: klinisyenlerin ilgisine sunabileceğimiz somut kanıtımız var mı?

GREGOR HASLER

Psychiatric University Hospital, University of Berne, Bolligenstrasse 111, 3000 Bern 60, Switzerland

*Major depresif bozukluğun fizyopatolojisini açıklamak, klinik ve etiyolojik heterojenitesine bağlı olarak, kolay olmamaktadır. En geçerli ampirik temelleri ve üst düzeyde klinik önemi olan mevcut nörobiyolojik kuramlar kuvvetli ve zayıf oldukları yönleriyle gözden geçirilmiştir. Seçilen kuramlar psikososyal stresi ve stres hormonlarını, serotonin, norepinefrin, dopamin, glutamat ve gama-aminobutirik asit (GABA) gibi nörotansmitterleri, nöral yolları, nörotropik faktörleri ve sirkadiyen ritmi inceleyen çalışmalara dayanmaktadır. Depresyona ilişkin tüm kuramlar ancak bazı depresyon hastalarına uyarlanabilip diğerlerine uyarlanamadığından ve depresif fizyopatoloji hastalığın seyri süresince hatırı sayılır oranda değişkenlik gösterdiğinden, günümüze kadar gelen mevcut bilgi birleşik tek bir depresyon hipotezine karşı kanıt sunmaktadır. Bunun sonucu olarak, psikolojik ve biyolojik yaklaşımları içeren antidepresan tedaviler her bir hasta ve hastalık durumuna göre özelleştirilmelidir. Nörobiyolojik bilgi temeline dayanan farklı depresyon hipotezleri, hem klinisyenlerin günlük uygulamaları hem de yeni tedaviler geliştiren klinik araştırmacıların ilgisinde tartışılacaktır.*

**Anahtar sözcükler:** Depresyon, fizyopatoloji, genetik, stres, serotonin, norepinefrin, dopamin, nörogörüntüleme, glutamat, GABA

*(World Psychiatry 2010;9:155-161)*

Major depresif bozukluk (MDB), genellikle önemli sosyal yetersizlik ve mortalitede artışa yol açan, ciddi ve kalıcı belirtiler ile ilişkili, yaygın ve maliyetli bir bozukluktur (1,2). Dünya genelinde yeti yitiminin en önemli nedenlerinden birisidir (3). Bu bozuklukta yetersiz tedavinin yüksek oranlarda oluşu ciddi kaygı yaratmaktadır (1).

Bu gözden geçirme MDB'nin etiyolojisi ve fizyopatolojisine ait klinik psikiyatri ile ilişkili somut kanıtları özetlemeyi amaçlamaktadır. Nörobiyolojik bulgular tutarlı ve kapsayıcı olduklarında (örneğin, birkaç çalışmada aynı metod kullanılarak doğrulanmışlarsa) ve değişik metodolojik yaklaşımlar kullanılarak yapılan çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu olduklarında sağlam kanıtlar olarak kabul edilmiştir.

## GENLER VE PSİKOSOSYAL STRES

Aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları MDB'nin ailesel bir bozukluk olduğu ve bu aileselliğin de, çoğunlukla ya da tümüyle genetik faktörlere bağlı olduğuna dair hayli somut ve tutarlı kanıtlar sunmaktadır (4). Bu önemli bulgu, ebeveynlerin sosyal davranışları ve diğer ailesel çevresel risk faktörlerinin MDB fizyopatolojisinde eskiden kabul

edildiği kadar önemli olmadığını ve tedavinin en önemli odağı olmaması gerektiğini düşündürmektedir.

Yukarıda sözü edilen çalışmalar genetik faktörlerin etkisinin %30-40 civarında olduğunu tutarlı bir biçimde göstermiştir (4). MDB yatkinlığındaki değişikliğin geri kalan %60-70'ini genetik olmayan faktörler açıklamaktadır, ki bunlar, ölçüm hatası etkisi ve gen-çevre etkileşimini de içeren bireye özgü çevresel etkilerdir. Bu etkiler çoğunlukla, çocuklukta olumsuz olaylar ve kişilerarası sorunlara bağlı çocuklukta cinsel taciz, diğer yaşamboyu travmalar, yetersiz sosyal destek, evlilik sorunları ve boşanma gibi, yakın zamanda ortaya çıkan ya da sürediden zorlanmalardır (5,6).

Bu sonuçlar, MDB'nin önlenmesinde psikososyal girişimlerin (örneğin, okulda, iş yerinde) büyük bir potansiyeli olduğunu düşündürmektedir. Bu sonuçlar ayrıca, depresyon tedavisi için klinik uygulamada ampirik olarak geçerli, doğrudan ya da dolaylı olarak kişilerarası zorlukları ve becerileri hedef alan, kişilerarası, psikodinamik ve bilişsel davranışçı psikoterapilerin sonuçlarını yansıtmaktadır (7,9). Bu durum, bazı tanımlanmamış genetik dışı veya psikososyal olmayan risk faktörlerinin de (örneğin, iklim değişikliği, tıbbi durum) bazı hastalarda önemli

rol oynayabileceği gerçeğini dışlama-maktadır.

Depresyonda strese duyarlılık kısmen cinsiyete özgüdür. Erkekler ve kadınlar zorlayıcı yaşam koşullarının depresyon ortaya çıkarıcı etkilerine genelde eşit oranda duyarlıyken, bu olaylara verdikleri yanıtlar stres etkisinin tipine bağlı olarak değişkenlik gösterir. Örneğin; erkekler boşanma, ayrılık ve iş zorluklarının ardından depresif atak geçirme eğilimindeyken, kadınlar, bir başkası ile ilişki zorlukları, hastalık ve ölüm gibi yakın toplumsal ağlarındaki değişikliklere daha duyarlıdır (10). Bu bulgular MDB'nin önlenmesinde ve tedavisinde cinsiyete özgü psikososyal yaklaşımların önemi vurgulanmaktadır.

MDB patogenezinde, temel risk faktörü alanlarına ilişkin epidemiyolojik çalışmalarda ulaşılan somut kanıtlara karşın, özel genler ve özel gen-çevre etkileşimlerine dair somut kanıt yoktur. Genom çapında ilişki çalışmaları (Genom-wide association studies; GWAS) kompleks hastalıkların patogenezinde, sürece, birçok genin, tanımlanmalarını zorlaştıracak derecede küçük katkılarla dahil olduğunu vurgulamıştır (11). Bu yönetsel soruna rağmen bazı kompleks hastalıklara ilişkin risk genleri araştırmalarında gelişme kaydedilmekte iken

(12), psikiyatrik durumlar sorumlu gen tanımlaması açısından çok dirençli çıkmıştır. Örneğin, toplum tabanlı ileriye dönük bir çalışmaya dayanarak, serotonin taşıyıcısının promoter bölgesindeki (antidepresan ilaçların hedefi) özel genetik değişikliğin depresyon patogenezinde zorlu yaşam olayları ile etkileştiği öne sürülmüştür (13). Bu etkileşim olasılığının klinik ve nörobiyolojik açıdan yüksek olmasına rağmen, yakın zamanlı bir meta-analiz çalışması, serotonin taşıyıcı geninin tek başına ya da psikososyal stres ile birlikte, depresyon riskinin artması ile ilişkili olduğuna dair bir kanıtı verilememiştir (14).

Depresyona ilişkin genetik çalışmaların başarısının sınırlı oluşu, ICD-10 ve DSM-IV gibi sınıflandırma sistemlerinin kullanımı ile ilişkilendirilmiştir. Bu tanısal kılavuzlarda, her zaman homojen bozuklukları tanımlayamayan ama bunun yerine değişik fizyopatolojik süreçlerin ortak son yollarını yansıtan belirti kümeleri ve klinik gidiş özellikleri temel alınmaktadır (15,16). Klinisyen, MDB genetik riskini tahmin etmede aile öyküsünün en sağlam kanıt olmaya devam edeceğinin farkında olmalıdır.

## STRES HORMONLARI VE SİTOKİNLER

Kortikotropin salıcı hormon (CRH), hipotalamustan, kortikal beyin bölgeleri tarafından psikolojik stres algılanmasına yanıt olarak salgılanır. Bu hormon, adrenal bezden plazmaya, kortisol salınmasını uyaran hipofizer kortikotropin salgılanmasını uyarır. Strese verilen fizyolojik yanıt kısmen cinsiyete özgüdür: kadınlardaki yüksek major depresyon sıklığı ile uyumlu olarak, kadınlar strese genellikle erkeklerden daha fazla tepki verirler (17). Dahası, kadınlar sosyal reddedilme karşısında, erkekler ise hedeflerine ulaşmada zorluklarla karşılaşınca daha fazla kortizol yanıtı verirler (18).

MDB bir stres bozukluğu olarak değerlendirilmesine rağmen, MDB için tedavi edilen kimselerin çoğunda hipotalamus-hipofizer-adrenal (HPA) ekseninde işlev bozukluğu bulgusu

yoktur (19). Ancak, MDB'si olan bazı kişiler, HPA ekseninde ve hipotalamus dışı CRH sisteminde anormallikler göstermiştir (20). Stres hormonu salınımında değişiklik, en çok, çocukluk travması öyküsü olan depresif bireylerde görünmektedir (21). Kortizol yüksekliği, major depresyon ile koroner kalp hastalığı, Tip II diyabet, osteoporoz gibi kortizol yüksekliğinin uzun dönemli fiziksel sonuçları arasında bir aracı rolü oynuyor olabilir (22).

Antidepresan ilaçların etkinliği için HPA eksenindeki bozuklukların önemi tartışma konusudur (23). Bu eksen mineralokortikoid (MR) ve glukokortikoid (GR) reseptörlerinden oluşan ikili bir sistemle düzenlenir. Limbik GR reseptör işlevinde azalma (24,25) ve MR sistem aktivitesinde artma (26), MDB gibi stresle ilişkili durumlarda, MR/GR oranında bozulma olduğunu düşündürür. Glukokortikoid reseptörlerinin epigenetik düzenlenmesi çocuklukta suistimaller ile ilişkilendirilmiştir (27). Gen ekspresyonunda görülen buna benzer çevresel düzenlemeler, erken yaşam olayları ile HPA eksen işlev bozukluğu ve yetişkinlerde MDB riskinin artması arasındaki olası mekanizmaların bir örneği olabilir.

Depresyonda HPA eksenindeki bozukluğun ölçülmesinde CRH stimülasyon testi (deksametazon supresyon testi) duyarlı bir yöntem olsa da, bu testin, MDB için özgüllüğü düşüktür. Ancak, deksametazon supresyon testinde baskılanma olmaması klinik remisyon döneminde, depresif alevlenme riskini tutarlı olarak öngörmektedir (23). Ek olarak, sabah tükürüğündeki kortizol konsantrasyonunun, depresyonda HPA ekseninin hiperaktivitesini ölçmede basit ve duyarlı bir test olduğu gösterilmiştir (29). Hiperkortizolemi, neredeyse yalnızca, glukokortikoid antagonistlerinin bir ölçüde tedavi edici etkisinin olduğu, şiddetli ve psikotik depresyonu olan hastalarda saptanmıştır (30).

Kortikotropin salıcı hormonun bazı depresyon tiplerinin patogenezinde önemli bir rol oynadığına dair kapsayıcı kanıtlar vardır. Beyin omurilik sıvısındaki (BOS), CRH düzeyleri bazı depresyon hastalarında yükselmiştir (31). Kadavra çalışmalarında, depresyonda, limbik bölgede CRH salgı-

yan nöronların arttığı (32), bunun da, artmış CRH düzeylerini telafi etmeye yönelik bir yanıtı yansıttığı olabileceği bildirilmiştir (33). Ek olarak, CRH, major depresyonun bazı fizyolojik ve davranışsal belirtilerini andıran, iştah azlığı, uyku bozukluğu, libido azalması ve psikomotor belirtiler gibi değişikliklere neden olabilir (34). Ayrıca CRH1 reseptör antagonistlerinin depresyon ve anksiyete belirtilerini azalttığını gösteren ön bulgular vardır (35).

İnflamatuar yanıt sistemi aktivasyonunun bir sonucu olarak ortaya çıkan "hastalık davranışı" depresyonun, yorgunluk, anhedoni, psikomotor yavaşlama ve kognitif bozulma gibi belirtilerine benzer belirtiler gösterir. Hastalıkta, HPA eksenini uyarıp santral serotonin sistemini bozan, interlökin-1 $\alpha$ , tümör nekroz faktörü- $\alpha$ , interlökin-6 gibi pro-inflamatuar sitokinler aracılık yapmaktadır. Rekombinant interferonların istenmeyen bir etkisi biçimindeki depresyonun prevelansı yaklaşık %30 civarındadır (37). Hayvanlarda, pro-inflamatuar sitokin aracılı uyarıların kesilmesi antidepresan benzeri etkiler oluşturmaktadır (38). Klinik veriler, sitokinlerin özellikle komorbid fiziksel hastalıkları olan bir grup depresyon hastasının fizyopatolojisinde önemli rol oynadığını düşündürmektedir (36). Asatilsalisilik asidin antidepresan etkinliği güçlendirici etkisi (39), klinik depresyon araştırmalarında psikonöroimmünolojinin olası klinik ilişkisini vurgulamaktadır.

Bunlar bir arada değerlendirildiğinde, depresyondaki hastaların bakımında klinik açıdan en kullanışlı olabilecek laboratuvar testlerinin, nöroendokrin ve nöroimmün anormallikleri temel alan testler olduğu görülmektedir. Depresyonun fizyopatolojisinde HPA eksenindeki anormalliklerin önem taşıdığını düşündüren büyük orandaki temel bilimsel veriye rağmen, bu nöroendokrin sistemi hedef alan farmakolojik girişimler hayal kırıklığı yaratmıştır. Çocukluk travmaları ile kalıcı olarak değişmiş fizyolojik stres sistemi arasındaki ilişki, erken yaşlarda travma öyküsü olan depresyon hastalarının tedavilerinde özel psikoterapilerin kullanılmasını vurgulamaktadır (40).

## MONOAMİNLERİN ETKİLERİ

Serotonerjik, noradrenerjik ve dopaminerjik nöronların çoğu orta beyinde ve beyin sapı çekirdeklerinde yerleşmiştir ve beyinin tümünde geniş alanlarda projeksiyon gösterirler. Bu anatomi, duygudurum, dikkat, ödül, uyku, iştah ve bilişsel alanlar gibi çoğu beyin işlevinin düzenlenmesinde monoaminerjik sistemin yer aldığını düşündürmektedir. Monoamin gerilimini engelleyen hemen her bileşimin, sinaptik yarıktaki monoamin konsantrasyonunun artmasını sağlayarak klinik açıdan etkin antidepressanlar olduğu kanıtlanmıştır (19). Monoamin oksidaz enziminin inhibisyonu da monoaminlerin presinaptik nöronlarda varlığının artmasına yol açarak antidepressan etki gösterir. Bu gözlemler, depresyona ilişkin farmakolojik ilişkisi en yüksek kuram olan monoamin-eksikliği kuramını doğurmuştur.

Monoamin eksikliği kuramı, depresyonun fizyopatolojik temelinde, santral sinir sisteminde serotonin, norepinefrin veya dopamin eksikliği bulunduğunu vurgulamaktadır.

Serotonin depresyonda en geniş olarak çalışılmış nörotransmitterdir. Santral serotonin sistemi işlevinin anormal olarak azaldığının en somut kanıtı, santral serotonin sentezinin azalmasına yol açan triptofan eksikliği üzerine yapılan çalışmalardan gelmektedir. Bu şekildeki eksiklik olasılıkla, ventromediyal prefrontal korteks ve subkortikal beyin bölgelerindeki beyin aktivitesinde artma aracılığıyla (42), depresyon riski yüksek olan kimselerde (tam remisyondaki MDB hastaları, aile öyküsünde depresyon olan sağlıklı kimseler) (41,42) depresif semptomların gelişmesine neden olmaktadır. Deneysel olarak santral serotonin düzeyinin düşürülmesi, tümü de serotonin eksikliği kuramını destekleyebilecek, duygudurumla ilişkili bellek hataları, ödüllendirme ilişkili davranışlarda değişiklik ve afektif işlemlerde bozulma ile ilişkilidir (16). Depresyonda serotonin reseptörlerinin anormalliğine dair de kanıtlar vardır; bunun en somut kanıtları serotonin işlevini düzenleyen serotonin A1 reseptörüyle ilgili olanlardır. MDB'si olan hastaların birçok beyin bölgesinde, MDB için özgül

olmamasına rağmen, bu reseptörün azaldığı bulunmuştur (43); aynı bulgu panik bozukluğu (44) ve temporal lob epilepsisi (45) olan hastalarda da görülmüştür ki bu da, olasılıkla, anılan bozukluklar arasındaki dikkate değer eş hastalanmaya katkıda bulunmaktadır. Ancak, depresyondaki hastalarda görülen serotonin azlığı mekanizmasının açıklaması bulunmamaktadır; plazma, idrar ve BOS'da yapılan serotonin metabolitleri çalışmaları ve ayrıca kadavrada serotonerjik sistem üzerine yapılan çalışmalar tutarlı sonuçlar vermemiştir. Beyinde, serotonin metabolize eden monoamin oksidazın artmasının serotonin eksikliğine neden olabileceğine dair ön bulgular vardır (46). Ek olarak, depresyon için nadir bir risk faktörü olarak, beyne özgü triptofan hidroksilaz-2 enzimindeki işlev kaybı mutasyonları serotonin üretiminde azalmayı açıklayabilir (47).

MDB fizyopatolojisinde santral noradrenerjik sistem disfonksiyonunun rol oynadığı varsayılmaktadır (48); bu varsayım, depresyonlu hastalarda, norepinefrin metabolizmasının düşüklüğüne, tirozin hidroksilaz aktivitesinin artmasına ve lokus seruleusda norepinefrin taşıyıcı yoğunluğunun azalmasına dair bulgulara dayanmaktadır. Bunlara ek olarak, depresyon ile intihar eden kişilerin beyinlerinde yapılan otopsi incelemelerinde, lokus seruleusda nöron sayılarında azalma, alfa-2 adrenerjik reseptör yoğunluğunda artma ve alfa-1 adrenerjik reseptör yoğunluğunda azalma bulunmuştur (49). Santral norepinefrini seçici olarak azaltmanın bir yöntemi olmadığından ve santral norepinefrin üzerinde çalışmayı mümkün kılacak özel bir nörogörüntüleme olanağı olmadığından, depresyonda bu sistemdeki anormalliklere ait sağlam kanıtlar bulunmamaktadır.

Depresyonun nörobiyolojik kuramına ilişkin klasik yaklaşımlar temel olarak serotonin ve norepinefrin üzerine yoğunlaşmışken, dopaminin rolü üzerine olan ilgi artmaktadır (50). Plasebo kontrollü çalışmalarda, dopamin gerilim inhibitörlerinin (örneğin, nomifensin) ve dopamin reseptör agonistlerinin (örneğin, pramipeksol), MDB'de antidepressan etkinliği gösterilmiştir (51). Depresyonda, BOS'unda ve juguler

ven plazmasında saptanan dopamin metabolitlerinin düzeyleri, dopamin "turnover"ının düşüklüğünü düşündürülecek şekilde tutarlı olarak azalmıştır (52). Striyatal dopamin taşıyıcı bağlanması ve dopamin geri alınması, MDB'de, dopamin nörotransmisyonunun azalmasıyla uyumlu olarak azalmaktadır (53). Parkinson hastalığında striyatuma dopamin projeksiyonundaki bozulma olguların yarısında, motor belirtilerin gözlenmesinden önce ortaya çıkan majör depresif bozuklukla ilişkilendirilmiştir (54). Deneysel olarak, akümbense dopamin taşınmasının engellenmesi, depresyon riski artmış kimselerde anhedoni belirtileri, ödül testinde performans düşüklüğü ile ilişkilendirilmiştir (55, 56). Bu bulgular, klinik gözlemlerde, depresif hastaların olumlu pekiştiricilere künt yanıt ve olumsuz geribildirimlere anormal yanıt vermeleri ile tutarlıdır (57).

Hemen tüm yerleşik antidepressanlar monoaminerjik sistemi hedef almaktadır (58). Ancak, bu ilaçlara tam ya da kısmi direnç ile bu ilaçların etkilerinin geç başlaması, MDB'de bulunan monoaminerjik nörotransmitter sistemi bozukluğunun daha primer başka anormalliklerin etkilerini yansıttığını düşündürmektedir. Bu kısıtlılığa rağmen, monoaminerjik eksiklik kuramının, depresyon kuramları içinde klinik ile en uyumlu nörobiyolojik kuram olduğu kanıtlanmıştır. Depresyonda dopaminin rolü üzerine yeni bulgular kuramın bilimsel potansiyelini vurgulamaktadır. Ayrıca, tedaviye dirençli depresyonda, dopaminerjik sistemi etkileyen ilaçların (örneğin, pramipeksol, modafinil) antidepressan etkilerine dair ümit veren yayınlar, bu kuramın klinikle uyumlu olduğuna işaret etmektedir (51,59).

## DEPRESYONDA NÖROGÖRÜNTÜLEME

Zihinsel işlevleri belirli beyin bölgelerine konumlandırmaya dair birçok tarihsel girişim, başarısız olmalarına rağmen, ruhsal hastalıkların modern sinirbilim çerçevesinde anlaşılmasına hatırı sayılır katkıda bulunmuştur (60). Nörogörüntüleme tekniklerinin

gelişmesi, depresyon hastalarında yapısal ve işlevsel anormalliklerin yaşam süreleri içinde araştırılmasına olanak tanımıştır. Malesef, kullanılan görüntüleme tekniklerinin çeşitliliği, çalışma örneklemelerinin küçük ve heterojen oluşu, farklı görüntüleme paradigmatlarıyla elde edilen sonuçların sınırlı düzeyde örtüşmeleri (61), MDB'de anormal olan yapı ya da işlev gösteren nöronal bölge veya ağların tutarlı olarak güvenilir biçimde tanımlanmasını güçleştirmektedir.

İşlevsel görüntüleme çalışmalarının bulguları sınırlı düzeyde örtüşmektedir. Bu durum yöntemsel sınırlılıklardan kaynaklanabileceği gibi, MDB'deki nöral yolların karmaşıklığına da bağlı olabilir. Yakın geçmişteki bir meta-analiz çalışması, MDB'deki anormal beyin aktivitesi için en somut kanıtların, lateral frontal ve temporal kortekslerde, insulada ve serebellumda olduğunu bildirmektedir. Bu beyin bölgelerindeki aktivite, dinlenme sırasında düşmekte, olumsuz emosyonlar ortaya çıktığında göreceli olarak azalmakta ve serotonin gerialım inhibitörleri ile tedaviden sonra artmaktadır. Bunun tersi değişiklikler ise, ventromediyal frontal alanlarda, striyatunda ve muhtemelen diğer subkortikal beyin bölgelerinde olabilmektedir (61).

Yapısal görüntüleme ve kadavra çalışmaları daha somut kanıtlar sunmaktadır. MDB'de beyin hacim anormalliklerine dair yakın zamanda yapılmış bir meta analiz çalışması, özellikle sol anterior singulat ve orbitofrontal kortekste olmak üzere, venteromedyal frontal kortekste göreceli olarak büyük hacim azalmaları olduğunu ortaya çıkardı. Lateral prefrontal korteks, hipokampus ve striyatunda, orta düzeyde hacim azalmaları bulundu (62). Kadavra çalışmaları tutarlı olarak, dorsal, orbital, subgenual prefrontal kortekslerde ve amigdalada glial hücre yoğunluğunda azalma olduğunu göstermiştir (63,64).

Genel olarak, yapısal, işlevsel ve kadavra çalışmaları, MDB'de, sol subgenual singulat kortekste yapısal ve işlevsel anormalliklerin en somut nöroanatomik kanıt olduğunu düşündürmektedir. Bu bölgedeki hacim azalması hastalığın erken dönemlerinde ve MDB için yüksek ailesel riski olan genç

erişkinlerde saptanmış (65) ve bu da, bu bulgunun hastalığın etiolojisi ile ilişkili primer nörobiyolojik bir anormallik olduğunu düşündürmektedir. Subgenual prefrontal bölgede lezyonları olan insanların sosyal uyarılara anormal otonomik yanıtlar verdikleri (66) ve bu bölgede sol taraflı lezyonları olan farelerde de, stres altında, sempatik uyarılma ve kortikosteron yanıtının arttığı gösterilmiştir (67). En önemlisi, subgenual singulat kortekste olası yüksek aktiviteyi azaltmak için uygulanan kronik derin beyin stimülasyonu tedaviye dirençli depresyon hastalarında klinik yarar sağlamıştır (68).

Özetle, nörogörüntüleme çalışma bulgularının hatırı sayılır derecede heterojen olmasına karşın, MDB'li hastaların bazılarında, subgenual prefrontal korteks anomalisi olduğuna dair kapsayıcı kanıtlar vardır. Depresyonda nöroanatomik araştırmalara gösterilen ilgi, özel beyin bölgelerini hedef alan derin beyin stimülasyonu gibi yeni antidepresan tedavilerin ortaya çıkışından beri artmıştır. Dahası, özgül tedavilere verilen yanıtları öngörme açısından umut vaat eden nörogörüntüleme bulguları vardır (69).

## DEPRESYONUN NÖROTROPİK KURAMI

Depresif evrelerin risk etmenleri hastalığın seyri süresince değişmektedir. İlk depresif evre genellikle 'reaktif'tir, yani, önemli bir psikososyal stres etmeni tarafından tetiklenir; halbuki tekrarlayan ataklar artan şekilde 'endojen'dir, yani, küçük psikososyal stres etmenleri tarafından tetiklenir ya da kendiliğinden olur (70). Hipokampus ve diğer beyin bölgelerindeki hacim azalmasının depresyonun süresi ile ilişkili olduğuna dair tutarlı kanıtlar vardır; bu da, tedavi edilmemiş depresyonun hipokampal hacim azalmasına yol açtığını, bunun da olasılıkla stres duyarlılığının artması ve yineleme riski ile sonuçlandığını düşündürmektedir (71, 72, 73).

Glukokortikoid nörotoksitesi, glutamerjik toksisite, azalmış nörotropik faktörler ve azalmış nörojenesis depresyonda beyin hacmi kaybını açık-

layan olası mekanizmalar olarak öne sürülmüştür. Nörotoksik ve nörotropik işlevleri invivo olarak gösterecek herhangi bir nörogörüntüleme aracı olmadığından bu mekanizmalara dair somut kanıt yoktur. Beyin ilişkili Nörotropik Faktör (BDNF), hatırı sayılır derecede ilgi çekmektedir. Özellikle, prelinik çalışmalarda, stres nedenli depresif davranışlar ile hipokampal BDNF düzeylerinde azalma ve antidepresan tedavi sonrasında BDNF ekspresyonunda artma arasında ilişki bulunmuştur (74). Klinisyen, depresyonun beyindeki olası yıkıcı etkisinin farkında olmalı ve depresyondaki hastayı olabildiğince erken ve etkili şekilde tedavi etmelidir.

## GLUTAMATERJİK VE GABAERJİK NÖROTRANSMİSYON DEĞİŞİMİ

Bir çok manyetik rezonans spektroskopisi çalışması akut depresyonda, tutarlı olarak, prefrontal ve oksipital kortekste total gama-aminobutirik asit (GABA) konsantrasyonlarının azaldığını göstermiştir (75). Bu durum, psikolojik stres prefrontal GABAerjik nörotransmisyonun presinaptik down-regülasyonuna yol açtığından, akut stres etkilerini yansıtır olabilir (76). Alternatif olarak, düşük total GABA konsantrasyonu GABAerjik internöronların yoğunluğu ve boyutunun azalışını da yansıtır olabilir (77). Ayrıca, kronik stres GABA-A reseptör işlevini nöroaktif steroid sentez değişikliği yolu ile azaltıyor olabilir (78). Depresyonda GABA kuramına karşı kanıtlar arasında, GABAerjik ilaçların temel depresyon bulguları üzerine etkilerinin yetersiz oluşu (79) ve remisyonadaki MDB hastalarında normal prefrontal GABA konsantrasyonları bulunması sayılabilir (80).

MBD'da glutamat nörotransmitter sisteminin bozulduğunu düşündüren bazı kanıtlar şunlardır: tedaviye dirençli bazı MDB hastalarına verilen tek doz N-metil D-aspartat (NMDA) reseptör antagonisti olan ketaminin hızlı ve geniş bir antidepresan etki oluşturması (81); glutamat salınmasını engelleyen ilaçların (örneğin, lamotrijin, riluzol) antidepresan özellikler sergilemesi (82);



**Tablo 1** Major depresif bozuklukta (MDB) klinikle ilişkili nörobiyolojik kuramlar

Kuram	En güçlü yanı	En zayıf yanı
Genetik yatkınlık	İkiz çalışmalarındaki somut kanıtlara göre MDB riskinin %30-40'ı genetikdir	Özgül MDB risk geni veya gen-çevre etkileşimi tanımlanmamıştır.
HPA eksen aktivitesinde değişiklik	Erken dönem ve yakın zamandaki stresin MDB için risk olduğuna dair akla yatkın açıklama	HPA eksenini hedef alan ilaçların antidepresan etkilerinin tutarlı olmayışı
Monoamin eksikliği	Monoamin gerilimini engelleyen hemen her ilacın antidepresan özelliği olması	Monoamin eksikliği daha primer başka anormalliklere sekonder gözükmemekte
Bazı özgül beyin bölgelerinin işlev bozukluğu	Bazı özgül beyin bölgelerinin uyarılması antidepresan etkiler oluşturmaktadır	MDB'da nörogörüntüleme çalışmalarının sonuçlarında örtüşme sınırlıdır
Nörotoksik ve nörotropik süreçler	Depresyon süresince 'kindling' ve beyin hacim kaybına dair akla yatkın açıklama	Özgül nörobiyolojik mekanizmalara dair insanlarda kanıt olmaması
GABAerjik aktivitede azalma	Manyetik rezonans spektroskopisi ve post-mortem çalışmalardan kapsayıcı kanıtlar	GABA sistemini hedef alan ilaçların antidepresan etkilerine dair tutarlılık göstermeyen sonuçlar
Glutamat sisteminin bozulması	Glutamat sistemini hedef alan ilaçların hızlı ve güçlü etkileri	Glutamat hemen her beyin aktivitesinde yer aldığından sorgulanan özgüllük
Bozulmuş sirkadiyen ritim	Sirkadiyen ritmin değiştirilmesinin (örneğin, uyku deprivasyonu) antidepresan etkisinin olabileceği	Sirkadiyen ritim bozulması ve MDB arasındaki ilişkiye dair herhangi bir moleküler açıklama bulunmaması

HPA: hipotalamik-pituiter-adrenal eksen; GABA: gama-aminobutirik asit

depresyon hastalarında manyetik rezonans spektroskopisi ile anormal glutamat düzeyleri saptanması (75); kadavra doku örneklerinde anormal NMDA uyarılarının olduğuna dair kanıtlar bulunması (83). Glutamat hemen her beyin aktivitesinde bulunan temel bir eksitator nörotransmitter olduğundan, depresyonda glutamatın özel rolünün tanımlanması ileri araştırmaları gerektirmektedir (örneğin, metabotropik glutamat reseptör 5'in MDB'de yer aldığına dair umut vaat eden ipuçları vardır (84)).

## SİRKADİYEN RİTİM

Uyku bozuklukları ve gün içinde hissedilen yorgunluk, MDB için depresyondaki hastalarda uyku-uyanıklık düzenlenmesinde bozukluk olduğunu düşündüren tanısal ölçütlerdir. Buna ek olarak bazı depresyon belirtileri gün içinde değişkenlik gösterebilir (duygudurum, psikomotor aktivite, olumlu ve olumsuz anıların hatırlanması gibi) ve MDB'si olan bazı hastalarda sirkadiyen ritim bozukluğu görülebilir (85). Sağ-

lıklı genç bireylerde, uyku-uyanıklık döngüsünün zamanlamasında yapılan orta dereceli değişiklikler, takip eden duygudurum üzerinde özel etkilere yol açmaktadır (86). Depresyondaki hastalarda sirkadiyen ritim değişiklikleri (ışık terapisi, uyku deprivasyonu, faz ilerletme tedavisi) antidepresan etki yapabilmektedir.

Bu bulgulara dayanarak sirkadiyen ritim anormalliklerinin MDB ile etiyolojik olarak ilişkili olduğu öne sürülmüştür (16). Uyku-uyanıklık siklusundaki faz ilerletmesi ile nokturnal kortizol salgılanmasındaki faz ilerlemesi arasındaki ilişki; MDB'li bazı kimselerde REM latansında kısalma, antidepresanların davranış, fizyoloji ve endokrinolojik sirkadiyen ritimler üzerine etkileri bu kuramın biyolojik temelleridir (85, 86, 87). Birçok ümit vaat eden bulguya rağmen, bu kuramın moleküler ve genetik altyapısı büyük oranda bilinmemektedir. Agomelatin gibi sirkadiyen ritmi doğrudan normale çeviren yeni terapotik ajanların antidepresan etkileri olup olmadığına bakılarak karar verilecek gibi durmaktadır (87).

## SONUÇLAR

Çeşitli nörobiyolojik kuramların kuvvetli ve zayıf noktaları Tablo 1'de özetlenmiştir. Depresyona ilişkin birçok kuram bulunması ve mevcut antidepresan tedavilerin yanıt oranlarının görece düşüklüğü "depresyona ilişkin birleşik tek bir hipotez" bulunduğu görüşüne açıkça terstir ve bu durum, depresyonun klinik ve etiyolojik olarak heterojen bir bozukluk olduğunu düşündürür.

Bu da, araştırmaları, tedavi yanıtının öngörülmesini sağlayacak biyolojik etmenler üzerine (örneğin, stres duyarlılığı ve antidepresan ilaç etkisi göz önüne alınarak yapılan ve kişilerarası farklılıklar için genotiplerle çalışmasını da içeren nörogörüntüleme ve nöroendokrin çalışmalar) yoğunlaştırmıştır.

Terapotik sonuçları öngörmeyi sağlayacak güvenilir etmenlerin tanımlanması, girişimlerin kişiye özel hale getirilmesi ve ufuk açıcı yeni terapotik yaklaşımların değerlendirilmesi gibi potansiyeller içeren kişiye özel tıbbın gelişmesine yol açacaktır.

## Kaynaklar

1. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003; 289:3095-105.
2. Angst F, Stassen HH, Clayton PJ et al. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. *J Affect Disord* 2002;68:167-81.
3. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M et al. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet* 2006;367: 1747-57.
4. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2000;157:1552-62.
5. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. *Am J Psychiatry* 2006;163:115-24.
6. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *Am J Psychiatry* 2002;159:1133-45.
7. Elkin I, Shea MT, Watkins JT et al. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:971-82.
8. Leichsenring F, Rabung S, Leibling E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61:1208-16.
9. Thase ME, Rush AJ, Manber R et al. Differential effects of nefazodone and cognitive behavioral analysis system of psychotherapy on insomnia associated with chronic forms of major depression. *J Clin Psychiatry* 2002;63:493-500. Kendler KS, Thornton 10. LM, Prescott CA. Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. *Am J Psychiatry* 2001;158:587-93.
11. Donnelly P. Progress and challenges in genome-wide association studies in humans. *Nature* 2008;456:728-31.
12. Wellcome Trust Case Control Consortium. Genome-wide association study of 14,000 cases of seven common diseases and 3,000 shared controls. *Nature* 2007;447:661-78.
13. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003;301:386-9.
14. Risch N, Herrell R, Lehner T et al. Interaction between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), stressful life events, and risk of depression: a meta-analysis. *JAMA* 2009;301:2462-71.
15. Hasler G, Drevets WC, Gould TD et al. Toward constructing an endophenotype strategy for bipolar disorders. *Biol Psychiatry* 2006;60:93-105.
16. Hasler G, Drevets WC, Manji HK et al. Discovering endophenotypes for major depression. *Neuropsychopharmacology* 2004;29: 1765-81.
17. Young EA. Sex differences and the HPA axis: implications for psychiatric disease. *J Gend Specif Med* 1998;1:21-7.
18. Stroud LR, Salovey P, Epel ES. Sex differences in stress responses: social rejection versus achievement stress. *Biol Psychiatry* 2002;52:318-27.
19. Belmaker RH, Agam G. Major depressive disorder. *N Engl J Med* 2008;358:55-68.
20. Pariante CM, Lightman SL. The HPA axis in major depression: classical theories and new developments. *Trends Neurosci* 2008; 31:464-8.
21. Heim C, Newport DJ, Mletzko T et al. The link between childhood trauma and depression: insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology* 2008;33:693-710.
22. Gold PW, Chrousos GP. The endocrinology of melancholic and atypical depression: relation to neurocircuitry and somatic consequences. *Proceedings of the Association of American Physicians* 1999;111:22-34.
23. Schule C. Neuroendocrinological mechanisms of actions of antidepressant drugs. *J Neuroendocrinol* 2007;19:213-26.
24. Mizoguchi K, Ishige A, Aburada M et al. Chronic stress attenuates glucocorticoid negative feedback: involvement of the prefrontal cortex and hippocampus. *Neuroscience* 2003;119:887-97.
25. Modell S, Yassouridis A, Huber J et al. Corticosteroid receptor function is decreased in depressed patients. *Neuroendocrinology* 1997;65:216-22.
26. Young EA, Lopez JF, Murphy-Weinberg V et al. Mineralocorticoid receptor function in major depression. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:24-8.
27. McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature Neurosci* 2009;12:342-8.
28. Heuser I, Yassouridis A, Holsboer F. The combined dexamethasone/CRH test: a refined laboratory test for psychiatric disorders. *J Psychiatr Res* 1994;28:341-56.
29. Bhagwagar Z, Hafizi S, Cowen PJ. Increased salivary cortisol after waking in depression. *Psychopharmacology* 2005;182:54-7.
30. Schatzberg AF, Lindley S. Glucocorticoid antagonists in neuropsychiatric [corrected] disorders. *Eur J Pharmacol* 2008;583:358-64.
31. Nemeroff CB, Widerlov E, Bissette G et al. Elevated concentrations of CSF corticotropin-releasing factor-like immunoreactivity in depressed patients. *Science* 1984;226:1342-4.
32. Raadsheer FC, Hoogendijk WJ, Stam FC et al. Increased numbers of corticotropin-releasing hormone expressing neurons in the hypothalamic paraventricular nucleus of depressed patients. *Neuroendocrinology* 1994;60:436-44.
33. Nemeroff CB, Owens MJ, Bissette G et al. Reduced corticotropin releasing factor binding sites in the frontal cortex of suicide victims. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:577-9.
34. Nemeroff CB. The corticotropin-releasing factor (CRF) hypothesis of depression: new findings and new directions. *Mol Psychiatry* 1996;1:336-42.
35. Holsboer F, Ising M. Central CRH system in depression and anxiety - evidence from clinical studies with CRH1 receptor antagonists. *Eur J Pharmacol* 2008;583:350-7.
36. Dantzer R, O'Connor JC, Freund GG et al. From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain. *Nature Rev Neurosci* 2008;9:46-56.
37. Loftis JM, Hauser P. The phenomenology and treatment of interferon-induced depression. *J Affect Disord* 2004;82:175-90.
38. Krishnan V, Nestler EJ. The molecular neurobiology of depression. *Nature* 2008;455:894-902.
39. Mendlewicz J, Kriwin P, Oswald P et al. Shortened onset of action of antidepressants in major depression using acetylsalicylic acid augmentation: a pilot open-label study. *Int Clin Psychopharmacol* 2006;21: 227-31.
40. Nemeroff CB, Heim CM, Thase ME et al. Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proc Natl Acad Sci USA* 2003;100:14293-6.
41. Neumeister A, Konstantinidis A, Stastny J et al. Association between serotonin transporter gene promoter polymorphism (5HTTLPR) and behavioral responses to tryptophan depletion in healthy women with and without family history of depression. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:613-20.
42. Neumeister A, Nugent AC, Waldeck T et al. Neural and behavioral responses to tryptophan depletion in unmedicated patients with remitted major depressive disorder and controls. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61:765-73.
43. Drevets WC, Frank E, Price JC et al. PET imaging of serotonin 1A receptor binding in depression. *Biol Psychiatry* 1999;46:1375-87.
44. Neumeister A, Bain E, Nugent AC et al. Reduced serotonin type 1A receptor binding in panic disorder. *J Neurosci* 2004;24: 589-91.
45. Hasler G, Bonwetsch R, Giovacchini G et al. 5-HT1A receptor binding in temporal lobe epilepsy patients with and without major depression. *Biol Psychiatry* 2007; 62:1258-64.
46. Meyer JH, Ginovart N, Boovariwala A et al. Elevated monoamine oxidase A levels in the brain: an explanation for the monoamine imbalance of major depression. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:1209-16.
47. Zhang X, Gainetdinov RR, Beaulieu JM et al. Loss-of-function mutation in tryptophan

- hydroxylase-2 identified in unipolar major depression. *Neuron* 2005;45:11-6.
48. Charney DS, Manji HK. Life stress, genes, and depression: multiple pathways lead to increased risk and new opportunities for intervention. *Sci STKE* 2004;2004:re5.
  49. Pandey GN, Dwivedi Y. Noradrenergic function in suicide. *Arch Suicide Res* 2007; 11:235-46.
  50. Nutt DJ. The role of dopamine and norepinephrine in depression and antidepressant treatment. *J Clin Psychiatry* 2006;67(Suppl. 6):3-8.
  51. Goldberg JF, Burdick KE, Endick CJ. Preliminary randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pramipexole added to mood stabilizers for treatment-resistant bipolar depression. *Am J Psychiatry* 2004; 161:564-6.
  52. Lambert G, Johansson M, Agren H et al. Reduced brain norepinephrine and dopamine release in treatment-refractory depressive illness: evidence in support of the catecholamine hypothesis of mood disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:787-93.
  53. Meyer JH, Kruger S, Wilson AA et al. Lower dopamine transporter binding potential in striatum during depression. *Neuroreport* 2001;12:4121-5.
  54. Santamaria J, Tolosa E, Valles A. Parkinson's disease with depression: a possible subgroup of idiopathic parkinsonism. *Neurology* 1986;36:1130-3.
  55. Hasler G, Fromm S, Carlson PJ et al. Neural response to catecholamine depletion in unmedicated subjects with major depressive disorder in remission and healthy subjects. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:521-31.
  56. Hasler G, Luckenbaugh DA, Snow J et al. Reward processing after catecholamine depletion in unmedicated, remitted subjects with major depressive disorder. *Biol Psychiatry* 2009;66:201-5.
  57. Murphy FC, Michael A, Robbins TW et al. Neuropsychological impairment in patients with major depressive disorder: the effects of feedback on task performance. *Psychol Med* 2003;33:455-67.
  58. Mann JJ. The medical management of depression. *N Engl J Med* 2005;353:1819-34.
  59. Fava M, Thase ME, DeBattista C. A multicenter, placebo-controlled study of modafinil augmentation in partial responders to selective serotonin reuptake inhibitors with persistent fatigue and sleepiness. *J Clin Psychiatry* 2005;66:85-93.
  60. Simpson D. Phrenology and the neurosciences: contributions of F. J. Gall and J. G. Spurzheim. *ANZ J Surg* 2005;75:475-82.
  61. Fitzgerald PB, Laird AR, Maller J et al. A meta-analytic study of changes in brain activation in depression. *Hum Brain Mapp* 2008;29:683-95.
  62. Koolschijn PC, van Haren NE, Lensvelt-Mulders GJ et al. Brain volume abnormalities in major depressive disorder: a meta-analysis of magnetic resonance imaging studies. *Hum Brain Mapp* 2009;30:3719-35.
  63. Rajkowska G, Miguel-Hidalgo JJ, Wei J et al. Morphometric evidence for neuronal and glial prefrontal cell pathology in major depression. *Biol Psychiatry* 1999;45:1085-98.
  64. Hercher C, Turecki G, Mechawar N. Through the looking glass: examining neuroanatomical evidence for cellular alterations in major depression. *J Psychiatr Res* 2009;43:947-61.
  65. Price JL, Drevets WC. Neurocircuitry of mood disorders. *Neuropsychopharmacology* 2009;35:192-216.
  66. Damasio AR, Tranel D, Damasio H. Individuals with sociopathic behavior caused by frontal damage fail to respond autonomically to social stimuli. *Behav Brain Res* 1990;41:81-94.
  67. Sullivan RM, Gratton A. Lateralized effects of medial prefrontal cortex lesions on neuroendocrine and autonomic stress responses in rats. *J Neurosci* 1999;19:2834-40.
  68. Mayberg HS, Lozano AM, Voon V et al. Deep brain stimulation for treatment-resistant depression. *Neuron* 2005;45:651-60.
  69. MacQueen GM. Magnetic resonance imaging and prediction of outcome in patients with major depressive disorder. *J Psychiatry Neurosci* 2009;34:343-9.
  70. Kessing LV, Hansen MG, Andersen PK et al. The predictive effect of episodes on the risk of recurrence in depressive and bipolar disorders – a life-long perspective. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:339-44.
  71. Sheline YI, Gado MH, Kraemer HC. Untreated depression and hippocampal volume loss. *Am J Psychiatry* 2003;160:1516-8.
  72. Hasler G, Fromm S, Alvarez RP et al. Cerebral blood flow in immediate and sustained anxiety. *J Neurosci* 2007;27:6313-9.
  73. Frodl TS, Koutsouleris N, Bottlender R et al. Depression-related variation in brain morphology over 3 years: effects of stress? *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:1156-65.
  74. Martinowich K, Manji H, Lu B. New insights into BDNF function in depression and anxiety. *Nature Neurosci* 2007;10:1089-93.
  75. Hasler G, van der Veen JW, Tuminis T et al. Reduced prefrontal glutamate/glutamine and gamma-aminobutyric acid levels in major depression determined using proton magnetic resonance spectroscopy. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:193-200.
  76. Hasler G, van der Veen JW, Grillon C et al. Effect of acute psychological stress on prefrontal gamma-aminobutyric acid concentration determined by proton magnetic resonance spectroscopy. *Am J Psychiatry* (in press).
  77. Rajkowska G, O'Dwyer G, Teleki Z et al. GABAergic neurons immunoreactive for calcium binding proteins are reduced in the prefrontal cortex in major depression. *Neuropsychopharmacology* 2007;32:471-82.
  78. Eser D, Schule C, Baghai TC et al. Neuroactive steroids in depression and anxiety disorders: clinical studies. *Neuroendocrinology* 2006;84:244-54.
  79. Birkenhager TK, Moleman P, Nolen WA. Benzodiazepines for depression? A review of the literature. *Int Clin Psychopharmacol* 1995;10:181-95.
  80. Hasler G, Neumeister A, van der Veen JW et al. Normal prefrontal gamma-aminobutyric acid levels in remitted depressed subjects determined by proton magnetic resonance spectroscopy. *Biol Psychiatry* 2005;58:969-73.
  81. Zarate CA, Jr., Singh JB, Carlson PJ et al. A randomized trial of an N-methyl-D-aspartate antagonist in treatment-resistant major depression. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63:856-64.
  82. Kendell SF, Krystal JH, Sanacora G. GABA and glutamate systems as therapeutic targets in depression and mood disorders. *Expert Opin Ther Targets* 2005;9:153-68.
  83. Feyissa AM, Chandran A, Stockmeier CA et al. Reduced levels of NR2A and NR2B subunits of NMDA receptor and PSD-95 in the prefrontal cortex in major depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2009;33:70-5.
  84. Deschwenden A, Hasler G. Metabotropic glutamate receptor 5: role in depression? Presented at the 22nd European College of Neuropsychopharmacology Meeting, Istanbul, May 2009.
  85. Bunney WE, Bunney BG. Molecular clock genes in man and lower animals: possible implications for circadian abnormalities in depression. *Neuropsychopharmacology* 2000;22:335-45.
  86. Boivin DB, Czeisler CA, Dijk DJ et al. Complex interaction of the sleep-wake cycle and circadian phase modulates mood in healthy subjects. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:145-52.
  87. Germain A, Kupfer DJ. Circadian rhythm disturbances in depression. *Hum Psychopharmacol* 2008;23:571-85.
  88. Duncan WC, Jr. Circadian rhythms and the pharmacology of affective illness. *Pharmacol Ther* 1996;71:253-312.

# Depresyon araştırmalarındaki ilerlemenin kliniğe uyarlanması: uzun bir yolda adım adım

**WAYNE C. DREVETS**

Laureate Institute for Brain Research, Oklahoma University College of Medicine, Tulsa, OK, USA

Bu makalesinde, G. Hasler depresyonun nörobiyolojisine ilişkin temel kuramların gücü ve sınırlılıklarını gözden geçirmiştir. Geçerliliği kesin olan verilere dayalı bu yazının temellendirildiği esas öncül düşünce, depresyon çalışmalarından elde edilen değişik sonuçların ya da farklı reseptör farmakolojileri ile karakterize duygudurum bozukluğu olan hastaların tedavi yanıtlarındaki değişkenliğin tek bir birleşik modelle açıklanabilmesinin mümkün görünmediği yönündedir. Bunun yerine, Hasler, yalnızca duygudurum bozukluğu alt tiplerine uygulanabilecek mevcut depresyon kuramlarının her birini tartışmıştır. Bunun sonucu olarak, biyolojik ve psikososyal yaklaşımları kapsayan atıdepresan tedavilerin, her bir hastaya bireysel olarak uyarlanması gereği devam edecektir.

Hasler, major depresif bozukluktan yakınan kişiler için yeni tedaviler geliştirebilmelerinde, değişik depresyon patofizyoloji modellerinin araştırmacılara nasıl rehberlik ettiğinin örneklerini sunmaktadır. Öyle ki, hipotalamik-pituiter-adrenal eksen işlevi, monoaminerjik nörotransmitter işlevi ve glutamaterjik transmisyon ile ilgili olan araştırmalar yakın zamanlarda, sırasıyla, kortikotropin salgılatıcı hormon antagonistlerinin, dopamin reseptor agonistlerinin ve NMDA reseptor antagonistleri/glutamat salınım inhibitörlerinin atıdepresan etki gösterdiklerini bildirmiştir (1,2). Buna ek olarak, subgenual anterior singulat korteks, amygdala, ventral striatum ve mediyal talamus arasındaki projeksiyonları içeren nöral döngü gibi nörogörüntüleme bulguları da, dirençli depresyonun tedavisi için derin beyin stimülasyonu girişimlerinin geliştirilmesinde rehberlik etmiştir (3-6). Hasler'in de belirttiği gibi, genetik çalışmalar, major depresif bozukluk olgularının çoğunun, kendi başlarına çok küçük etkileri olan ancak çevresel etkenlerle etkileşerek duygulanım

bozukluklarına yol açabilen birçok varyantın kombinasyonlarıyla ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Öyle ki, belki de, depresyonun daha sık bulunduğu her aile ağacı, tek nukleotid polimorfizmleri kombinasyonunun ve/veya bir dizi varyantın depresyona yatkınlığı arttıran etkileşimleri sonucu olması açısından biriciktir. Bu gözlem, çeşitli etiyojiler yoluyla ortaya çıkan disfonksiyonların duygulanım bozukluğuna yol açtığı nöral döngülerin veya sistemlerin tanımlanmasını amaç edinen araştırmaların önemini vurgulamaktadır.

Hasler, bu bulgulardan, 'klinisyenin, major depresif bozukluğun genetik riskini tahmin edebilmesi için aile öyküsünün en sağlam bilgi kaynağı olmaya devam ettiğine dikkat etmesi gerektiği' sonucuna varıyor. Bununla birlikte yazıda daha sonra, bazı major depresif bozukluk olguları için, beyine özgül enzim olan triptofan hidroksilaz-2 kodlayıcı gendeki serotonin sentezini bozan varyasyon gibi temel işlevsel sonuçlara yol açan işlev azaltıcı gen mutasyonları bulunduğuna ilişkin kanıtlar gözden geçirilmiştir (7). Böylesi bulgular, hastalık riski açısından önemli etkisi olan genetik varyantların keşfedilme olasılığını yükseltiyor, ki bu da farmakoterapi için anlam taşıyacaktır. Tüm bunlar depresyonun ele alınmasında genetik testlerin uygulanmasını geçerli kılacaktır.

Yazıdaki, psikiyatrik morbiditenin azaltılabileceği yönünde iyimserlik taşıyan diğer bir tema ise, Hasler'in, major depresif bozukluk olgularının büyük bölümünün patogeneğinde çevre ilişkisi bulunmasının, 'psikososyal müdahalelerin major depresif bozukluktan korunmada büyük potansiyel taşıdığı' biçimindeki yargısıdır.

Hasler, bu bağlamda, major depresif bozukluğun önlenmesi ve tedavisinde psikososyal yaklaşımların (eğer cinsiyet dikkate alınır) en etkin yaklaşımlar olacağı yönündeki kanıtları gözden geçiriyor. Bu görüş, strese verilen nöroendokrin yanıtların cinsiyete özgül olduğu ve depresyona yatkınlığı arttıran yaşam olaylarının erkek ve kadın-

da farklı olduğu biçimindeki kanıtlar ile vurgulanmıştır.

Hasler'in yazısındaki gözden geçirilen veriler birleştirildiğinde, ilişkisiz gibi görünen bir dizi patolojik yapının beyin sistemleri arasındaki etkileşimler yoluyla, depresyonun nörobiyolojik temelini oluşturmaya üzere birbirleriyle nasıl bağlantılı olabileceği görülmektedir. Öyle ki, proinflatuvar sitokin ekspresyonunda artışın duygudurum bozukluklarının patofizyolojisinde rol oynadığına dair artan kanıtlar, aynı zamanda, bu bozukluklarda strese yanıt veren nöroendokrin ve monoaminerjik nörotransmitter sistemlerdeki anormalliklere mekanik bağlantılar olduğuna da işaret etmektedir (8). Bu patolojik yapı, duygudurum bozukluklarında yapılan nöropatolojik çalışmalarda bulunan nörofil ve glia hücrelerindeki azalmanın ve nörogörüntüleme çalışmalarında bulunan gri madde azalmasının nöroplastisiteye olan etkisine açıklık da kazandırabilir (4,9,10). Bu sistemler arası etkileşimler, depresyonla ilişkili tıbbi komorbiditelerin altta yatan mekanizmalarını ve yeni terapötik girişimlerin amaçlarını aydınlatmaya yardımcı olabilir.

## Kaynaklar

1. Goldberg JF, Burdick KE, Endick CJ. Preliminary randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pramipexole added to mood stabilizers for treatment-resistant bipolar depression. *Am J Psychiatry* 2004; 161:564-6.
2. Kendell SF, Krystal JH, Sanacora G. GABA and glutamate systems as therapeutic targets in depression and mood disorders. *Expert Opin Ther Targets* 2005;9:153-68.
3. Mayberg HS, Lozano AM, Voon V et al. Deep brain stimulation for treatment-resistant depression. *Neuron* 2005;45:651-60.
4. Price JL, Drevets WC. Neurocircuitry of mood disorders. *Neuropsychopharmacology* 2010;35:192-216.
5. Schlaepfer TE, Cohen MX, Frick C et al. Deep brain stimulation to reward circuitry alleviates anhedonia in refractory major depression. *Neuropsychopharmacology* 2008; 33:368-77.
6. Malone DA, Jr., Dougherty DD, Rezai AR et al. Deep brain stimulation of the ventral

capsule/ventral striatum for treatment-resistant depression. *Biol Psychiatry* 2009;65:267-75.

7. Zhang X, Gainetdinov RR, Beaulieu JM et al. Loss-of-function mutation in tryptophan hydroxylase-2 identified in unipolar major depression. *Neuron* 2005;45:11-6.

8. Drexhage RC, Knijff EM, Padmos RC et al. The mononuclear phagocyte system and its cytokine inflammatory networks in schizophrenia and bipolar disorder. *Expert Rev Neurother* 2010;10:59-76.

9. Gabbay V, Liebes L, Katz Y et al. The kynurenine pathway in adolescent depres-

sion: preliminary findings from a proton MR spectroscopy study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2010;34:37-44.

10. Savitz J, Drevets WC. Bipolar and major depressive disorder: neuroimaging the developmental-degenerative divide. *Neurosci Biobehav Rev* 2009;33:699-771.

## Depresyonda biyolojik araştırma: bir klinisyen yorumu

JULES ANGST

Zurich University Psychiatric Hospital, Zurich, Switzerland

Bu yorum, depresyonda biyolojik araştırma alanına ilişkin bir klinisyenin bakışını sunmaktadır. Bu bakış, oldukça karmaşık biyolojik araştırma alanı ile DSM'nin basit ve tartışılabilir depresyon tanısı arasında bağlantılar kurmanın sınırlılıklarını göstermeyi denemektedir.

G. Hasler, depresyonun patofizyolojisine ilkin bu geniş çaplı gözden geçirme yazısında, sık sık depresyonun heterojen olduğunu vurgulamaktadır. Bir yandan, major depresif bozukluğun DSM-IV klinik tanısının basitliği ile (ki burada tümden gelim yaklaşımı uygulanmaktadır), diğer yandan, bozukluğun patofizyolojisini çalışmak için kullanılan oldukça karmaşık bataryalar ve pahalı biyolojik araştırma teknikleri (ki burada tüme varım yaklaşımı uygulanmaktadır) arasındaki farklılığın büyük oluşu ne kadar da çarpıcıdır. Bu metodolojik uygunsuzluk dikkate alındığında, depresyonun erken tanısı, tedavisi ve klinik uygulamaları açısından biyolojik araştırmaların katkısının çok az olması sürpriz değildir.

Klinik bir tüme varım yaklaşımı daha umut verici olabilir. Böylesi bir yaklaşım şunları içerecektir: a) somatik semptomlar da dahil tüm depresif semptomların, dikkatli ve etrafıca yapılmış bir psikopatolojik betimlemesi; b) sendromal bir tanı (örneğin, retarde, ajite, hipokondriyak, somatik, atipik, nörastenik, duygudurumla uyumlu ve duygudurumla uyumsuz psikotik depresyon gibi) ve c) depresyondan bipolar bozukluk alt grupları içinden geçerek saf maniye kadar varan geniş

bir duygudurum spektrumunun önemli bir elemanı olan eşik altı bipolarite gibi gizli kalmış geniş alt grupların la-yıkıyla tanımlanması ve böylece daha detaylı bir major depresif bozukluk alt sınıflamasının yapılması (1).

Doğru yönde atılacak öncelikli makul adım, depresyon üzerine yapılacak tüm biyolojik çalışmaların major depresif bozuklukta eşik altı bipolarite tanısı açısından kontrol edilmesi ve biyolojik verilerin yeniden değerlendirilmesidir. Üç epidemiyolojik incelemenin kanıtları, DSM-IV'e göre major depresif bozukluk tanısı almış olguların %40-%50 oranında eşik altı bipolar oldukları konusunda birleşmektedir. Bu epidemiyolojik bulgular, 5 635 major depresif epizodlu hasta üzerinde yapılan uluslararası BRIDGE çalışmasıyla teyid edilmiştir (5). Bu çalışma, aynı zamanda, DSM'deki, antidepresana bağlı hipomaniye kayma biçimindeki dışlama ölçütünün yanıltıcı olduğunu da göstermektedir; nitekim, kayma görülen bu hastalarda, aile yükülerinde mani saptanması ve elbette, bipoları unipolar depresyondan ayıran özellikler bakımından büyük farklılıklar gözlenmiştir. Dahası, yakın zamanda yapılan gözden geçirme çalışmalarında; antidepresan tedavi altında olan hastalar ile placebo alan hastalar arasında hipomaniye kayma açısından fark olduğuna dair sağlam kanıtlar gösterilmemiştir (6,7).

Hasler, depresif hastalara ilişkin biyolojik bulgularda cinsiyete göre önemli farklar bulunduğuna dair kanıtları da özetlemektedir. Major depresif bozukluk yaygınlığı kadınlarda erkeklerin yaklaşık iki katı iken bipolar bozuklukta yaygınlık kadınlarda yalnızca biraz daha fazladır. Zürih epidemiyolojik araştırması verileri depresyonun

bazı bileşenleri ve alt tiplerinin (örneğin, DSM-IV atipik depresyon tan grubundaki somatik maddeler (8) ve somatik depresyon (9) gibi) bu farklılıkları açıklayabileceğini düşündürmektedir. Açıkçası, biyolojik araştırmalar bu bulguları dikkate almalıdır. Ayrıca, erişkin ve adolesans dönemlerinde stres etmenlerine karşı biyolojik ve psikososyal kırılabilirlik yaratan, çocukluk çağı zorlanmalarında belirgin cinsiyet farklılıkları vardır (10).

Hasler, depresyona yakınlıktaki değişkenliğin %70-%80 oranında genetiğe bağlı olmadığını belirtmektedir. Bu, aynı zamanda, cinsiyet farklılıklarının da dikkate alınacağı çevresel ve epigenetik araştırmalar için umut verici bir alan bırakmaktadır. İleriye dönük Zürih çalışması bulguları, çocukluk çağı zorlanmalarının, hem kadınlarda hem de erkeklerde, daha erken başlangıçlı depresyon ve bipolar bozukluk ile ve daha yüksek süregenleşme oranları ile ilişkisi olduğunu teyid etti. Bu risk kısmen, anksiyöz kişilik özellikleri, zayıf başa çıkabilme becerisi ve özgüven azlığı ile düzenleniyor olabilir. Çocukluk/adolesan dönemdeki cinsel travma (daha çok kadınlarda) ve davranım sorunları (daha çok erkeklerde) kronikleşmeyle ilişkili bulunmamıştır (10).

Hasler'in de işaret ettiği gibi, depresyon halen dünya çapında en önemli yeti yitimi nedenlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Acaba eşik altı bipolar depresifler doğru tanımlanıp, bipolar olarak tanı alsalardı, bu sonuç hâlâ doğruluğunu koruyabilir miydi? Pini ve arkadaşlarının gözden geçirme çalışmasında (11), bipolar bozukluğun en az major depresif bozukluk kadar (eğer daha çok değilse) hastalık yüküne yol açtığı belirtilmiştir. Yukarıda değinilen epidemiyolojik çalışmalar (3-5) bipolar olgular düzgün tanımlandığında, eş hastalanma açısından, depresif gruptan bipolar gruba büyük bir kayma olduğunu göstermiştir. Bu

durumda, örneğin, alkol kullanım bozukluğu ve bazı anksiyete bozuklukları, saf depresyondan ziyade bipolarite ile daha çok ilişkili bulunmaktadır.

Bu yaklaşım sonucu daha düşük bulunan yaygınlık ve eş hastalanma oranları, saf depresyona bağlı hastalık yükünün bipolar bozukluktakinden daha az olduğunu ve dolayısıyla, Dünya Sağlık Örgütü'nün tahminlerinin değiştirilmesi gerektiğini gösterebilecektir (12).

## Kaynaklar

1. Angst J. The bipolar spectrum. *Br J Psychiatry* 2007;190:189-91.
2. Angst J, Gamma A, Benazzi F et al. Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *J Affect Disord* 2003;73:133-46.
3. Zimmermann P, Brückl T, Nocon A et al. Heterogeneity of DSM-IV major depressive disorder as a consequence of subthreshold bipolarity. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66:1341-52.
4. Angst J, Cui L, Swendsen J et al. Major depressive disorder with sub-threshold bipolarity in the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* (in press).
5. Angst J, Azorin JM, Bowden CL et al. Prevalence and characteristics of undiagnosed bipolar disorders in patients with a major depressive episode: the Bridge Study. Submitted for publication.
6. Licht R, Gijsman H, Nolen WA et al. Are antidepressants safe in the treatment of bipolar depression? A critical evaluation of their potential risk to induce mania or cycle acceleration. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 118:337-46.
7. Gijsman HJ, Geddes JR, Rendell JM et al. Antidepressants for bipolar depression: a systematic review of randomised controlled trials. *Am J Psychiatry* 2004;161:1537-47.
8. Angst J, Gamma A, Benazzi F et al. Atypical depressive syndromes in varying definitions. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 256:44-54.
9. Silverstein B. Gender differences in the prevalence of somatic versus pure depression: a replication. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1051-2.
10. Angst J, Gamma A, Rössler W et al. Childhood adversity and chronicity of mood disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* (in press).
11. Pini S, de Queiroz V, Pagnin D et al. Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005;15:425-34.
12. Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S et al. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* 2004;184: 386-92.

# Biyolojik psikiyatri: hâlâ bir çıkmaz sokakta yürüyor

**HERMAN M. VAN PRAAG**

Department of Psychiatry and Neuropsychology, University of Maastricht, The Netherlands

Depresyon patofizyolojisi hakkındaki verileri inceleyen G. Hasler şu sonuca varmaktadır: “günümüzdeki mevcut bilgiler, depresyona ilişkin birleştirilmiş bir hipoteze karşı çıkmaktadır”. Gerçekten öyledir de; bunun nedeni, benim varsayımıma göre, yapının hatalı tanımlanmasıdır. Bu, günümüzde bilinen bütün depresyon tiplerini kapsamaktadır. Örneğin, major depresyonu ele alalım. Bu yapı, semptomatoloji, gidiş ve sonlanım, biyolojik bulgular, terapötik yanıt açısından derinlemesine bir çeşitlilik sunmaktadır. Bu türlü tamamen heterojen psikopatolojik yapıların iyi tanımlanmış beyin rahatsızlıklarına bağlı olarak ortaya çıkabileceği olasılığı bana ihmal edilecek derecede düşük görünmektedir.

Depresyon için doğru olan şey hemen hemen tüm DSM tanımlı bozukluklar için de doğrudur. Aslında biyolojik psikiyatri, son yüzyılın ellili yıllarında yeniden doğmasından beri, Kraepelin’ci varsayımlara dayandırılmıştır; ki bu, mental patolojinin her biri kendi patofizyolojisine sahip ayırık hastalık bütünlükleri biçiminde alt

bölgelere ayrılabilir olduğu düşüncesidir. Bu yaklaşım verimli olmamıştır. Mental patolojinin patofizyolojisi hâlâ büyük ölçüde bilinmemektedir. Şimdi de, meslek hayatımın büyük çoğunluğunda da hissettiğim şey, psikiyatrideki tanı sürecinin, özellikle eğer amaç mental patolojinin biyolojik alt bileşenlerini ortaya çıkarmak ise, yönünü değiştirmesi gerektiğidir. Bu çabayı yönlendirecek stratejiye işlevselleştirme adını verdim. Bu süreç psikiyatride tanı koymanın adım adım yürütülmesi gereğini vurgulamaktadır (1-3).

Birincisi, hastalığın ait olduğu tanı grubu belirlenmeli; yani kategorik bir tanı koyulmalıdır. Örneğin, söz konusu mental durum depresif bozukluklar havuzuna ait olarak kabul edilsin. Tanıya dair bu ilk adım genel bir tanı göstergesinden fazlasını sunmamaktadır.

Ardından sendrom tanımlanır. Bu tanısal bilgi de kesin olmaktan uzaktır. Sendromlar genelde tamamlanmamış olarak ortaya çıkmakta ve pek çok hasta eşzamanlı olarak, birden çok tam ya da eksik sendromdan muzdariptir.

Dolayısıyla, tanıya dair üçüncü adım, ki buna tanının işlevselleştirilmesi adını verdim, bana çok önemli görünmektedir. İşlevselleştirme her-

şeyden önce sendromu oluşturan psikopatolojik semptomları tanımlamak ve sonrasında, en önemli olanı, psikopatolojik semptomların altında yatan psikişik işlev bozukluklarını incelemek ve eğer mümkünse ölçmek anlamına gelmektedir. Psikopatolojik semptomlar ve psikişik bozukluklar eşanlı değildir. Psikopatolojik semptom psikişik bozuklukların sonucudur. Yani semptom psikişik bozukluğun hasta tarafından deneyimlenmesi ve araştırmacı tarafından gözlemlenmesinin yoludur.

Son adımı özetin özeti olarak düşünmekteyim. Eğer varsayılan işlev bozukluklarını ölçmek için hiçbir yöntem mevcut değilse, bunların geliştirilmesi gerekir.

Bir kaç örnek. Bunama semptomlarının bulunması halinde, bunun altında yatan bilişsel bozukluklar saptanmalı ve ölçülmelidir. Halüsinasyonlar bulunması durumunda, aynı yaklaşım alta yatan algısal bozukluklara uygulanır. Anhedoni var ise, belirli bir algıyı ona karşılık gelen bir duyguyla bağlantılandırılmadık bozukluk araştırılmalıdır.

Psikopatolojik semptomların altında yatan psikişik işlev bozuklukları bence, biyolojik psikiyatri araştırmasının odağı olmalıdır. Psikolojik düzenleyici sistemlerdeki bozuklukların, büyük ölçüde insan yapımı kategorik bütünlüklerden ya da keyfi olarak bir sendrom muamelesi gören semptom komplekslerinden ziyade, beyindeki

bozukluklara karşılık gelmesi olasılığı daha yüksek görünmektedir.

Psşik işlev bozukluklarının biyolojik belirleyicileri için yapılacak araştırmanın, depresyon ya da şizofreni gibi, belirli bir nozolojik bütünlüğün biyolojik nedeninin aranmasına kıyasla, aslında, çok daha başarılı olacağı kanıtlanmıştır.

Bizim kendi araştırmamız belki bir örnek sunabilir (3-5). Major depresyonda serotonin bozukluklarını ortaya koyduk. En azından bazı hastalarda, tümünde değil. Bunlar kategorik ya da sendromal sınıflandırma açısından ayırt edilebilir değillerdi; ancak, çok daha temel bir düzeyde yer alıyorlardı. Serotonin bozukluklarının depresif sendromun belirli unsurları ile, yani, anksiyete ve agresyonun düzenlenmesindeki bozukluklar ile bağlantılı olduğunu gösterdik. Bu ilişki depresyonla sınırlı değildir ve depresif olmayan sendromlarda da bulunabilmektedir. Serotonin eksikliği işlevsel açıdan özgül, nozolojik ya da sendromal açıdan ise özgül görünmemektedir.

İşlevselleştirme psikiyatrik tanıyı daha kesin, daha bilimsel ve amaçlanan biyolojik çalışmalara ve odaklanan terapötik girişimlere daha fazla uygun bir hale getirecektir. Daha kesin ve daha bilimsel çünkü psşik işlev bozuklukları hastalık kategori ve sendromlarından çok daha iyi ölçülebilirler; hatta sıklıkla niceliksel olarak da ölçülebilirler.

İkincisi, bu yaklaşım, tanıyı koyan kişiye, anormal ve normal olarak işleyen psşik işlev alanlarının ayrıntılı bir listesini yapma olanağı vermektedir. Sonucunda, bu yaklaşım ile, benim psikiyatrik fizyoloji adını verdiğim şeye, yani, anormal biçimde işleyen psikolojik düzenleyici sistemlerin altında yatan beyin işlev bozukluklarının ayrıntılı bir çizelgesine ulaşılacaktır.

Tedavi de bu yaklaşımdan yararlanabilir. Günümüzde, psikoterapi gibi ilaç tedavisi de odaktan oldukça yoksundur. İlaç yazarız çünkü kimileri psikotik, kimileri depresyonlu, kimileri anksiyeteli veya başka türlü bir denge bozukluğu içindedir. Daha ileri bir ayrıntılandırma genellikle ya eksik kalmakta ya da gereksiz kabul edilmektedir. Bu, ne psikofarmakolojik araştırmaların ilerlemesini, ne de yeni, yenilikçi ve psikopatolojik olarak daha özgül psikotrop ilaçların bulun-

ması şansını arttırmayı sağlayacak bir yöntem değildir.

Aynı akıl yürütme psikolojik tedavide de geçerlidir. Psikoterapiyi tavsiye edebiliriz. Ancak tam da ne amaçla olduğu nadiren nettir. Psikoterapinin odak noktası ne olacak? Semptomların iyileştirilmesi bakımından neyi barmayı ummaktayız? Bu, nadiren ayrıntılı olarak tanımlanmıştır. Tanının işlevselleştirilmesi tedaviye yönelik amaçların sistematik olarak ayrıntılandırılmasını mümkün kılacaktır.

Katı nozolojik yaklaşım özellikle biyolojik psikiyatride zamanını doldurmuştur. Bu yaklaşım dinamik-ışlevsel hastalık kavramı lehine geri çekilmedir. Bu yeni kavramsallaştırmanın odak noktası, ne büyük ölçüde insan yapımı olan nozolojik antite; ne sendrom (ki semptomatik bileşimi sıklıkla değişkendir); ne psikopatolojik boyut (ki çoğunlukla kötü tanımlanmış ve sınırlandırılması zordur) olmamalıdır. Odak noktası psikopatolojik semptomların altında yatan psşik işlev

bozuklukları olmalıdır. Bu yaklaşım, varsayımına göre, psikiyatrik tanılının bilimselleşmesini hızlandıracak ve biyolojik psikiyatrik araştırma alanından daha büyük bir verim alınmasını sağlayacaktır.

## Kaynaklar

1. van Praag HM. Over the mainstream: diagnostic requirements for biological psychiatric research. *Psychiatry Res* 1997;72:201-12.
2. van Praag HM, de Kloet R, van Os J. Stress, the brain, and depression. Cambridge: Cambridge University Press, 2004.
3. van Praag HM. Nosologomania: a disorder of psychiatry. *World J Biol Psychiatry* 2000; 1:151-8.
4. van Praag HM. Anxiety/aggression-driven depression. A paradigm of functionalization and verticalization of psychiatric diagnoses. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2001;12:28-39.
5. van Praag HM, Kahn RS, Asnis GM et al. Denosologization of biological psychiatry or the specificity of 5-HT disturbances in psychiatric disorders. *J Affect Dis* 1987;13:1-8.

# Olduğu yerde büyük koşu

## GORDON PARKER

University of New South Wales, and Black Dog Institute, Sydney, Australia

G.Hasler'in gözden geçirme yazısı depresif bozukluklar konusunda son zamanlarda yapılan araştırmaların güçlü yönleri ve sınırlılıklarını göstermektedir. Güçlü yönleri, çok zeki, ısrarcı ve kendini bu alana adanmış araştırmacıları içermesidir. Sınırlılığı ise, hali hazırdaki duygudurum bozukluğu sınıflandırma modellerimizin (DSM ve ICD) altında yatan paradigmalardan kaynaklanmaktadır. Ortaya çıkan uyumsuzluk eski bir Baviera atasözünü hatırlatmaktadır: "yanlış yoldaysan koşmanın ne anlamı var".

Hasler'in psikopatolojik çalışmalarını kapsayan gözden geçirme yazısının tanıya dair bir paradigma hatasından oluştuğunu öne süreceğim. Sonuç olarak, okuyucu, bir sürü iştah açıcı tattıktan sonra, hazmedilebilir bir ana yemekten yoksun kaldığından aç bırakılmış olacaktır.

Gerçekte, major depresif bozuk-

luk bir klinik bütünlük değildir ve dolayısıyla Hasler'in tanımladığı ve çalışmalarının yayınlanmasını arzu eden pek çok araştırmacı tarafından somutlaştırıldığı ve konumlandırıldığı biçimde bir "o" değildir. Özünde, "o", "depresyon"un birçok heterojen ifadesini etkin bir biçimde homojenize eden bir "alan"a işaret etmektedir. Örneğin, izlemeye değer bir anoloji ile söylersek, "major nefessizlik"ten daha tanımlı sınırları ya da bir bütünlük konumunu hakeden bir kesinliğe sahip değildir. "Major nefessizlik" tanısı bir dizi akut (örneğin, astım, pnömoni, pulmoner emboli) ve kronik (örneğin, amfizem) durumları ve bazı geçici normatif durumlardaki riski (örneğin, formda olmayan bir dağıtımancısı) kapsayabilmektedir. DSM major depresyon tanı ölçütlerinin sayısı görece azdır ve her bir ölçüt daha düşük değerli çıkarımlarda işler hale getirilmekte ve dolayısıyla, oldukça yüksek yaygınlık tahminleri üretmekte ve "normal depresyon"la olan sınırı bulanıklaştırmaktadır (1). Bir tanı alanı olarak "major depresyon"un, me-

lankolik olmayan pek çok bozukluğu olduğu kadar (örneğin, akut ve kronik reaktif depresif durumlar, yatıştırıcı kişilik tarzlarına ikincil depresyonlar), daha kategorik durumları da (örneğin, psikotik ve melankolik depresyon) kapsadığı varsayılabilir. Bu tür yapısal alan bozukluklarının oldukça farklı nedenleri olabilir (örneğin, melankolik için biyolojik nedenler birincilliği; reaktif ve kişilik temelli depresyonlar için sosyal ve psikolojik nedenlerin birincilliği). Bir alan tanısı içerisindeki bu tür bir heterojenlik, bozukluğa özgü nedenlerin saptanmasını baltalayacak ve tedavi özgüllüğü için yapılacak herhangi bir girişimi bulaştırıcaktır.

“Major depresyon”un nedenlerini araştırmaya yönelik yapılacak girişimler (aynı, “major nefessizliği” araştıran çalışmalar da olduğu gibi), bulguların, “alan tanısı” içerisindeki yapısal bozuklukların yaygınlığına fazlasıyla bağlı olacağı gerçeğine de saygı göstermelidir. Öyle ki, örneğin, “major nefessizliği” olanlara dair çalışmalarda eğer astımlı hastalar çoğunlukta ise, o zaman solunum yolu enfeksiyonu olanların egemen olduğu bir örnek grubunda astımın nedenlerini belirleyebilme gücü riske atılacaktır. Farklı örneklem gruplarında, çeşitli depresif bozukluklar, yapısal depresif durumların fazlasıyla değişken dağılımları ile temsil edileceğinden (örneğin, yatan hastalar, ayaktan tedavi gören psikiyatrik hastalar, birinci basamak hastaları, toplum içi hastalar), örneklem seçimi tek başına bulguları etkileyecektir.

Özünde, eğer bir tanı esas olarak “özümlü değil” ise, nedenlerinin ve tedavinin tanımlanması, bu özümlü olmayan yüzünden riske girecek ve özümlü olmayan bulgular ortaya çıkaracaktır. Hasler’in yazısı, her bir kanıt çerçevesindeki özümlü olmayan bulguları göstermek üzere tek tek taranabilir, ancak bu odak noktasını daraltacağından, burada tek bir örnek sunulmaktadır.

Genetik etkilere atıf yapılan üçüncü paragrafta, Hasler, Sullivan ve arkadaşları (2) tarafından yapılan bir meta analizi referans göstererek şunu ifade etmektedir: “major depresif bozukluk ailesel bir bozukluktur ve bu ailesellik çoğunlukla ya da tamamiyle genetik faktörlere bağlıdır”. Belki de doğal bir sonuç olarak, Hasler, bu tür bulguların, ebeveyn davranışları ve diğer çevresel

risk faktörlerinin önceden varsayıldığı kadar önemli olmadığını ve tedavinin odak noktasını oluşturmamaları gerektiğini gösterdiğini belirtmektedir. Yine de, Sullivan ve arkadaşlarının meta analizi incelendiğinde, onların sonuçlarının, “bir bireye özgü olan çevresel etkiler de etiyolojik olarak anlamlıdır” yönünde olduğu görülecektir. Bu iki yorum bir biçimde çelişkilidir. Hemen ardından, Hasler, genetik olmayan faktörlerin baskınlığına işaret ederek vurgusunu değiştirmiştir; ki bu görüş, major depresyonu önlemede psiko-sosyal girişimlerin “büyük bir potansiyeli bulunduğunu öne sürmektedir”. Hasler, iki paragrafta, çelişkili bir biçimde, hem genetik faktörlerin baskın olduğunu ve sonrasında da, genetik olmayan faktörlerin baskın olduğunu savunmaktadır. Daha sonra, izleyen üç paragraf boyunca, kişilikler arası zorluklar ve beceriler üzerine odaklanan psikososyal girişimlerin “büyük bir potansiyel” sunduğunu ileri sürmeden önce de çevresel faktörlerin tedavinin ana odak noktası olamayacağını ileri sürmüştür.

Hasler’in makalesinin alt başlığı klinisyenlere yardımcı olmayı amaçladığını göstermektedir. Yine, bu amaca bir örnekle itiraz edilebilir. “Genler ve psikososyal stres” bölümünün sonunda, Hasler, “Klinisyen aile geçmişinin major depresif bozukluğun genetik riskini tahmin etme açısından en somut bilgi kaynağı olmaya devam edeceğini bilmelidir” demektedir. Ancak, bu bağlamda, “aile geçmişi” ile ne kast edilmektedir? Aile bireylerinden birinde olabilecek “major depresyon” mu yok-

sa bazı başka psikiyatrik durumlar mı kast edilmektedir? Veyahut psikiyatrik durumu nedeniyle hastanede yatmış, intihar girişiminde bulunmuş veya gerçekleştirmiş ya da bir psikiyatrist tarafından tedavi edilen bir aile bireyinin olup olmadığı mı kastedilmektedir (hepsi de belirlenmesi zor ve oldukça farklı eğilimlerin işaretleridir)? Ya da bir aile üyesinde bulunan daha örtük durumlar mı kastedilmektedir (örneğin, “sınırlı ya da endişeli”)? Bu “somut kaynak” önerisinin özümlü olmayışı makalenin klinik anlamda kullanılmasını zorlaştırmaktadır.

Hasler, soruyu sorduktan sonra (yani, “depresyon”un somut bir nörobiyolojik dayanak noktası var mıdır?), buna etkin bir biçimde karşı çıkmakta ve “depresyonun klinik ve etiyolojik anlamda heterojen bir rahatsızlık olduğu” sonucuna varmaktadır. Gerçekten de öyledir.

Dolayısıyla, araştırmaların bu özümlü olmayan alan tanısının peşinden gitmesini sürdürmesini ve daha çok özümlü olmayan bulguya ulaşma riskini göze mi almamız? Bence hayır; tabii eğer olduğumuz yerde koşmaya bir son vermek istiyorsak.

## Kaynaklar

1. Horwitz AV, Wakefield JC. The loss of sadness. How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. New York: Oxford University Press, 2007.
2. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. Am J Psychiatry 2000;157:1552-62.

# Evet mi demeli yoksa hayır mı

**ROBERT H. BELMAKER**

Ben Gurion University of the Negev, Beersheva, Israel

Tıp öğrencileri, en azından büyük ölçüde, akademik ve bilimsel potansiyelleri açısından seçilmiştir ve hekimlerin çoğu kendi alanlarındaki literatürü yakından izlemekten ve okumaktan hoşlanmaktadır. Ancak, tıp uygulaması bir sanat olduğundan, hekimler, hastalarına uyguladıkları tedavileri genişletebilmek için bilgilerini güncellemek

amacıyla okumaktadırlar.

Depresyonun biyolojik patofizyolojisi hakkındaki yayınlar son 30 yıl içinde katlanarak artmış ve 1970’ler, 80’ler ve 90’larda eğitimlerini tamamlamış olan hekimler, meslek uygulamalarının en geniş alanlarından birini oluşturan depresyon konusunda büyük miktarda literatür ile karşı karşıya kalmışlardır (1). Karmaşık moleküler genetik, devrim niteliğindeki görüntüleme teknolojisi, bilimsel nöroendokrin analizler ve sayısız diğer yaklaşım pek çok klinisyenin alanlarında ken-



dilerini güncelleme yetenekleri konusunda gerilmelerine neden olmuştur. Son bir kaç yıldır dünya çapında pek çok hekimin kalplerine ve zihinlerine, acaba bu yeni bilgi dağı gerçekten de psikiyatrinin klinik uygulayıcılarına bir değer katacak mı, diye bir kuşku düşmüştür. Dolayısıyla, G.Hasler'in yazısının başlığı *World Psychiatry* için uygun olduğu kadar, büyük bir okuyucu kitlesinin ilgisini çekmeyi de garanti etmektedir.

Yine de, benim görüşüme göre, bu yazı sorunları kabullenememekte ve kendi sorusuna yanıt vermekten kaçınmaktadır. Özet kısmında, antidepresan tedavilerin tek tek hastalar ve hastalık durumları için bireyselleştirilerek uygun hale getirilmesi gerektiğine değinmekte ancak yazar yazısının hiçbir yerinde bunun nasıl yapılacağını söylememektedir. Yazıda varılan sonuç, çeşitli nörobiyolojik hipotezlerin sunulduğu bir tablo ve birleştirilmiş bir depresyon hipotezine karşıt görüşler ile ilgilidir. Yeterince adil. Makale şu temelde devam etmektedir; "bu, yanıt- ların öngörülmesi konusunda araştırmaları teşvik etmektedir" ve "güvenilir öngörücülerin tanımlanması bireyselleştirilmiş ilaç geliştirilmesine olanak verecektir". Sözler, sözler, sözler. Bu makalenin, bana, *şu anda* klinisyenlere konuyla ilgili somut kanıtlara sahip olup olmadığımız konusunda birşeyler söyleyeceğini ummuştum. Kanımca, ya-

nıt "hayır"dır ve bu gerçeğe cesurca yüzleşmeliyiz.

Hasler'in depresyonun heterojen olduğuna olan inancını ve gelecekteki araştırmaların daha iyi tedaviler ortaya koyacağı ümidini paylaşıyorum. Yine de, eğer biz bu yazıda sorulan soruya, kesin bir biçimde "hayır" cevabını verirsek, klinisyenler kendilerine, hastalarına ve topluma karşı daha dürüst olacaklardır. Günümüzde depresyon tanısında yardımcı olabilecek bir gen testi, kan testi, spinal sıvı testi ya da görüntüleme testi bulunmamaktadır. Depresyonlu hasta gruplarında yapılan testlerde, spinal sıvıda ya da kan metabolitlerinde ya da proteinlerde ve görüntülenen beyin fonksiyonlarında değişiklikler olduğuna dair bildirilmiş pek çok bulgu vardır. Ancak, çok azı, o da varsa, tutarlı olarak yinelenen bulgulardır. Bir bölümü, depresyonun tetiklediği, kilo kaybı, hareketsizlik ve uykusuzluk gibi güçlü yaşam tarzı değişikliklerine ikincil olarak ortaya çıkmış olabilir (2). Bir klinisyenin anlamak isteyeceği çok daha önemli bir şey de, bir araştırmada bulgu olarak bildirilmiş olan ortalama bir farklılığının, istatistiksel olarak yüksek derecede anlamlı olduğunda bile, genelde bulgunun tanı için kullanılmasını olanaksız kılan, hasta ve kontrol grupları arasındaki büyük bir çakışmayı gizlediğidir.

Kimi zaman, belirttiğim görüşleri onay-

layanlar tarafından, bunların, psikiyatrinin saygınlığının ya da araştırma fonlarındaki haklarımızın tehlikeye atılmaması için toplumdan saklanması gerektiği söylenmiştir. Bu tür bir görüş, elbette ki bilimden çok etikle ve değerlerle ilgilidir. Ancak, gerçeğin, kişiyi özgür kıldığı biçimindeki psikanalitik gelenek, kanımca, her zaman biyolojik psikiyatride de -hatta daha çok- geçerli görünmüştür. Öğrencilerimizin, hastalarımızın ve toplumun kafası depresyonun biyolojik temellerinin genetikte, görüntüleme, nöroendokrinolojide ya da nörotropik faktörlerde bulunmuş olduğuna dair çelişkili iddialara iyice karışmaktadır.

Depresyonun patofizyolojisini anlayabilmek için, heyecan verici de olan bu araştırma sonuçlarının, kat etmekte olduğumuz yolculukta, uzun ve yavaş alınan bu yolu uygun bir anlayışa dönüştürecek biçimde kullanıldığı yeni bir söylem tarzı yaratmak zorundayız (3).

## Kaynaklar

1. Belmaker RH, Agam 1. G. Major depressive disorder. *N Engl J Med* 2008;358:55-68.
2. Belmaker RH. The lessons of platelet monoamine oxidase. *Psychol Med* 1984;14:249-53.
3. Belmaker RH. The future of depression psychopharmacology. *CNS Spectr* 2008; 13:682-7.

# Major depresyonun patofizyolojisini araştırmada bir güçlük alanı olarak klinik pleomorfizm

## J. JOHN MANN

Department of Psychiatry, Columbia University, New York, NY, USA

Bir grup olarak major depresif bozukluğun, serotonin, norepinefrin, dopamin, GABA ve glutamat gibi nörotransmitter sistemlerde ve aynı zamanda hipotalamik-pituiter-adrenal eksen ve bozulmuş sitokin fonksiyonu gibi aşırı duyarlı stres yanıtı sistemleri ile etkilenmiş döngüler içindeki nörotrofik faktörlerde anormallikleri de beraberinde getirdiğini gösteren pek çok çalışma vardır. Son olarak, sirkad-

yen ritimlerde ve uyku yapısında, bu anormalliklerin sonucu olabilecek ya da riske katkı yapabilecek ya da major depresyonun biçimini değiştirebilecek bozulmalar da bulunmaktadır.

Major depresyonun klinik tablosunun çeşitliliği ile tek bir biyolojik açıklama modelini ele alan araştırma yaklaşımlarının nasıl bağdaştırılacağı konusu uzun zamandan beri süren bir bulmacadır. Bu pleomorfik tablonun, patofizyoloji içerisinde de eşit çeşitlilik ile yansıtılmasının zorunlu olduğu görülecektir. Major depresif epizodun DSM-IV ölçütleri incelendiğinde bu-

radaki özelliklerin, birisinin bu tanıyı koymasına olanak veren binin üzerinde kombinasyonu olabileceği görülecektir. Dahası, araştırmacılar Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDRS) gibi ölçekler içerisinde skor profili açısından bireyler arası çeşitliliğe dikkat çekmiştir. Fakat bu görüş hikayenin sadece bir bölümüdür. Major depresyon epizodu olan hastalar arasında niceliksel bir ilişki bulunmadığını bildirdik (1). Bu durum, birbirini izleyen epizodların (HDRS toplam skorunda olduğu gibi) genel şiddetini ya da görece bağımsız psikopatoloji

etki alanlarını konu alan faktör analizinden türemiş faktörler incelendiğinde ya da bireysel maddelerin skorları incelendiğinde dahi doğrudur. Buradaki can alıcı nokta, klinik tablonun, hastalar arasında olduğu gibi, hastaların büyük çoğunluğunda kendi ardışık epizodları arasında da farklılıklar gösterdiği'dir.

Bu fenomenin anlamı, Eugen Bleuler tarafından, şizofreni hakkındaki çığır açan kitabında belirtilmiştir (2). Katatoniyi, paranoid şizofreniyi, hebefreniyi ve kusur durumu adını verdiği olguları bağlantılandırmıştır, çünkü bütün bunların aynı hasta üzerinde zaman içerisinde farklı kombinasyonlarla ortaya çıktığını gözlemlemiştir. Diğer bir deyişle, bu klinik tablolar çok farklı görümler bile, aynı hasta tarafından ortaya çıkarılmış olduğundan, tek bir hastalığın parçaları gibi görünmektedir. Eğer major depresif bozukluk ya da şizofreni gibi hastalıkların genetik nedenlerden ve çocukluk çağına ait bildirilen güçlüklerden (yoksulluk ya da fiziksel veya cinsel istismar dahil) kaynaklandığını ve bu çevresel etkilerin hayatın erken dönemlerinde ortaya çıktığını dikkate alırsak, o zaman, hastalığa ait biyolojik yatkınlık, bireyde, büyük oranda, erken ergenlik döneminde yerleşmiş olmalıdır. Eğer bu biyolojik substratın oldukça sabit olduğunu varsayarsak, o halde aynı bireyde klinik tablonun neden böyle değişkenlik gösterdiğini açıklamak güçleşir. Bir olasılık, her bir epizodun beyin biyolojisini yol açtığı bazı izler ya da duyarlılıklar sonucu bozduğudur. Epigenetik etkiler değişikliklerin sabit kalmasını sağlayan bir

mekanizma olabilir. Ancak o zaman, hastalığın zaman içerisindeki evrimi açısından benzer basamaklar öngörülebilecektir (şizofrenideki, daha çok negatif ve daha az pozitif semptomlara doğru evrimleşmede görüldüğü gibi). Major depresyonda klinik tablodaki değişiklikler, epizodların daha uzun sürmesi hariç, basit bir örüntüyü izliyor görünmemektedir.

Beyin görüntüleme çalışmaları bu konuda bazı ipuçları vermekte ve başka soruları da beraberinde getirmektedir. Major depresyonun, HDRS veya Beck Depresyon Envanteri (BDI) ile elde edilen faktörlerle tanımlanan farklı klinik alanlarının şiddetinin, [<sup>18</sup>F]-FDG pozitron emisyon tomografisi (PET) (3) ile ölçülen beyin göreceli dinlenme halindeki bölgesel glukoz alımı ile korelasyona sahip olduğunu yayınlamıştık. Bu faktör skorlarının birbirleri arasındaki korelasyon derecesi, beyin bölgelerinin farklı faktörler için olan çakışma derecesi ile yüksek düzeyde ilişkilidir. Her bir faktör kısmen bağımsız bir beyin bölgesi ile ilişkilidir (3). Major depresyonda, klinik çeşitlilik, beyin göreceli dinlenme halindeki bölgesel aktivitesindeki karşılık gelen çeşitliliği yansıtmaktadır. Şaşırtıcı olmayansa, antidepresanlar ya da psikoterapi ile sağlanan başarılı bir tedavinin, bu örüntüyü, sağlıklı gönüllülerdekine benzer bir örüntüye doğru değiştirebilmesi ve sağlıklı gönüllülerde tetiklenmiş üzüntünün major depresyondakilere benzer bazı değişiklikleri yeniden üretebilmesidir (4).

Bu durum klinik tablodaki değişikliklere biyolojik bir temel sunmakta ancak nedensel bir açıklama ya da

mekanizma anlamı taşımamaktadır. Major depresyon epizodları sırasında ya da epizodlar arasında varolan daha stabil biyolojik anormallikler de bulunmaktadır. En iyi örnek serotonin sistemindeki anormalliklerdir. Bunlar, remisyondaki depresyonun beyinden akut triptofan eksilmesinin ardından alevlenmesi; bir epizod sırasında ya da epizodlar arasında, indirekt serotonin salgılatan bir ilaç olan fenfluramine karşı küntleşmiş prolaktin yanıtı; halen ilaç kullanmayan depresyonlu ve remisyondaki hastalarda PET görüntüleme ile saptanan 5-HT<sub>1A</sub> reseptör bağlanması yüksekliğidir.

Hastalar arasındaki klinik ve biyolojik çeşitlilik üzerinde ileride yapılacak çalışmalarda, PET FDG çalışmalarının ortaya koyduğu beyindeki bölgesel çeşitliliğe odaklanılması ve sonrasında, bu çeşitliliğin nedenlerinin, serotonin, nöropinefrin ve dopamin girdileri ile GABA ve glutamaterjik hedef nöron işlevi bağlamalarında araştırılması salık verilebilir.

## Kaynaklar

1. Oquendo MA, Barrera A, Ellis SP et al. Instability of symptoms in recurrent major depression: a prospective study. *Am J Psychiatry* 2004;161:255-61.
2. Bleuler E. *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. New York: International Universities Press. 1950.
3. Milak MS, Parsey RV, Keilp J et al. Neuroanatomic correlates of psychopathologic components of major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:397-408.
4. Mayberg HS, Liotti M, Brannan SK et al. Reciprocal limbic-cortical function and negative mood: converging PET findings in depression and normal sadness. *Am J Psychiatry* 1999;156:675-82.

# Ruhsal bozukluklarda tedavi açığının giderilmesi: bir WPA anketi

VIKRAM PATEL<sup>1</sup>, MARIO MAJ<sup>2</sup>, ALAN J. FLISHER<sup>3</sup>, MARY J. DE SILVA<sup>1</sup>, MIRJA KOSCHORKE<sup>1</sup>, MARTIN PRINCE<sup>4</sup> AND WPA ZONAL AND MEMBER SOCIETY REPRESENTATIVES\*

<sup>1</sup>London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK; <sup>2</sup>Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Naples, Italy; <sup>3</sup>Department of Psychiatry and Mental Health, University of Cape Town, Rondebosch 7700, Cape Town, South Africa; <sup>4</sup>Institute of Psychiatry, King's College London, UK  
\* The WPA Zonal and Member Society Representatives are listed in the Appendix

*Tüm dünyada, ruhsal bozukluğu olan hastaların tedaviye ulaşamama düzeyi %50'nin üzerine çıkmakta ve bu oran kaynakları en az olan ülkelerde ürkütücü bir şekilde %90'ın üzerine varmaktadır. Burada, 60'a yakın ülkedeki psikiyatri kurumlarının önde gelenlerine uygulan, tedaviye ulaşma düzeyini arttırmaya yönelik stratejilerin ilk kez değerlendirildiği sistematik bir anketin sonuçlarını bildiriyoruz. Bu temsilcilerin, öncelikli ruhsal bozuklukların her demografik durum (çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve yaşlılık) için kanıta dayalı tedavilerinin erişilebilirliğini arttırmaya yönelik stratejilerini ve de farklı insan kaynaklarının ve sağlık hizmetlerinin tedavideki rolleri üzerine görüşlerini aydınlatmayı amaçladık. Bulgularımız tedaviye ulaşamama düzeyini azaltmaya yönelik üç farklı stratejiyi ortaya koydu: psikiyatr ve diğer ruh sağlığı çalışanlarının sayısının artırılması; uygun olarak eğitilmiş çeşitli uzman olmayan tedavi sağlayıcılarının katılımlarının artırılması; ruhsal bozukluklardan etkilenmiş insanların aktif katılımlarının artırılması. Bu stratejiler, özellikle düşük/orta gelir düzeyindeki ülkeler için olmak üzere, hem yüksek gelir düzeyindeki hem de düşük/orta gelir düzeyindeki ülkeler için geçerlidir. Bu anketi, dünyada ruh sağlığı alanının en etkili parçalarından biri olan psikiyatrların, tedaviye ulaşamama düzeylerinin azaltılması (tedavi açığının kapatılması) için dünya çapında ruh sağlığı hizmetlerinin şekillendirilme çabasında merkezi rol üstlendiklerinin bir kanıtı olarak görüyoruz.*

**Anahtar sözcükler:** Ruhsal bozukluklar, tedaviye ulaşamama, ruh sağlığı hizmetleri, birinci basamak, insan kaynakları, bakım kapsamı, kanıta dayalı tedaviler

(*World Psychiatry* 2010;9:169-176).

Tüm dünyada, ruhsal bozukluğu olan hastaların tedaviye ulaşamama düzeyi %50'nin üzerine çıkmaktadır. Ancak bu oran kaynakları en az olan ülkelerde ürkütücü bir şekilde, belirgin işlev kaybına neden olan psikiyatrik bozukluklar için bile %90'ın üzerindedir (1-3). İnsan haklarına saygıya ve etkili girişimler ile ilgili kanıtlara dayanarak, hizmetlerin şekillendirilmesi için bazı yeni oluşumlar göreve çağırılmıştır (4,5). Sekiz ruhsal, nörolojik ve madde kullanım bozukluğu için etkili tedaviler ile ilgili kanıtlar Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) yakında çıkacak olan "Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)" (Ruh Sağlığı Tedaviye Erişme Eylem Programı) içinde bir araya getirilmiştir (6). PLoS Medicine'nda yayınlanan bir makale serisinde bu tür tedaviler için uygulama yolları ile ilgili kanıtlar özetlenmiştir (7). Bu konudaki en önemli soru, bu tedavi ve uygulama yollarının tüm ülkelerde kısıtlı kaynaklar bağlamında nasıl şekillendirileceğidir.

WPA Eylem Planı 2008-2011'in hedeflerinden bir tanesi de, yaşam boyu ortaya çıkan ruhsal hastalıklar için bakım kapsamının artırılması çabalarında Üye Birlikler (ulusal psikiyatri birlikleri) ile bir araya gelmektir (8,9). Bulguları tartışılan anketin amacı, WPA Bölge Temsilcilerinin ve Üye Birliklerinin, hizmetlerin kapsamının artırılmasına yönelik stratejiler ile ilgili görüşlerini, ruh sağlığı uzmanlarının az olduğu bölgelere yoğunlaşarak değerlendirmektir. Daha da önemlisi, farklı insan kaynaklarının ve sağlık hizmeti ortamlarının kanıta dayalı tedavilerin erişilebilirliğini arttırmaya yönelik çabalarda alacakları roller ve stratejiler ile ilgili katılımcıların görüşlerini, her bir demografik dönem (çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve yaşlılık) için aydınlatmayı

hedefledik. Yüksek gelir düzeyli ile düşük veya orta gelir düzeyli ülkeler arasında maddi ve beşeri kaynaklar farklılık gösterdiği için, her iki durum için stratejileri belirlemeyi ve karşılaştırmayı amaçladık.

## YÖNTEM

Araştırma, iki gruba uygulanan ardışık iki anketten oluşturuldu. İlk anket, öncelikli ruhsal bozuklukları ve bozukluğa özgü tedavileri, her demografik dönem için belirlemeye yönelik bir kapsam belirleme çalışmasıydı. 18 WPA Bölge Temsilcisinin tümü bu bölüme katılmaya davet edilmiştir. İkinci anket WPA Üye Birliklerinin katılımı ile birinci bölümde tanımlanan öncelikli ruhsal bozuklukların genel sonuçlarının iyileştirilmesi üzerine odaklanmıştır. Ülke zemininde katılımı en üst düzeye çıkartmak için, bir ülkedeki tüm Üye Birliklerin katılımı sağlanmaya çalışılmıştır. Bir ülkeden birden fazla Üye Birliğin katılımı durumunda ise, analizlere sadece o ülkeyi daha çok temsil eden Birliğin verileri katılmıştır.

Birinci bölümde katılımcılardan bölgelerinde en çok yüke (yaygınlık ve etki) sahip öncelikli ruhsal bozuklukları belirtmeleri istendi. Daha sonra katılımcılardan mevcut kaynaklarını göz önünde bulundurarak, bu bozukluklar için kabul edilebilir ve maddi olarak karşılanabilir kanıta dayalı tedavileri listelemeleri istenildi. Ardından katılımcılar, çeşitli sağlık hizmeti yürütücülerinin ve tedavi ortamlarının (örneğin birinci basamak) ruh sağlığı hizmetinin yürü-

tülmesindeki rollerini belirttiler. Son olarak, katılımcılara ruh sağlığı hizmetlerine erişimin, yardım arayışının ve uzun vadeli tedavilere uyumun artırılmasına yönelik stratejileri aydınlatmak için üç açık uçlu soru yöneltildi. İlk bölümde sekiz öncelikli ruhsal bozuklukluk (çocuklar için hiperkinetik bozukluk ve anksiyete bozukluğu; ergenler için depresyon ve madde kötüye kullanımı; erişkinler için şizofreni ve depresyon; yaşlılar için depresyon ve demans) tanımlandı. Erişkinlerde ve yaşlılarda depresif bozukluğun büyük ölçüde örtüşme gösterdiğini düşündüğümüz için, araştırmanın ikinci bölümü için bu iki grup birleştirilmiştir.

1. Bölüm'ün verilerinden, 2. Bölüm'de kullanılan yanıt kategorileri türetilmiştir. Katılımcılardan ülkelerinde en az sağlanabildiğini düşündükleri sağlık hizmeti çerçevesinde düşünerek, bu hizmetin ulaşılabilirliğinin artırılması için, en kabul edilebilir ve en yüksek maliyet etkinliğine sahip yola odaklanmaları istenildi. Katılımcılar, her belirlenen bozukluk için öncelikli tedavilerin ulaşılabilirliğinin artırılması açısından, insan kaynaklarını ve tedavi ortamlarını tanı, ilaç tedavisi ve psikososyal müdahaleler yönünden önemlerine göre sıraladılar. Bahsedilen insan kaynakları psikiyatrlar, diğer ruh sağlığı uzmanları, diğer tıp çalışanları (örneğin birinci basamak doktorları), tıp dışı sağlık çalışanları ve hastalar veya aile yakınları idi. Demans için diğer uzmanların (geriatristler ve nörologlar) rolleri de sorgulanmıştır. Bahsedilen tedavi ortamları şunlardır: psikiyatri yatılı servisleri ve poliklinikleri; toplum ruh sağlığı birimleri; birinci basamak ve/veya genel tıbbi birimler; daha genç yaş grupları için HIV/AIDS birimleri; okullar (çocuk ve ergenler için) ve ev temelli bakım. Daha sonra, katılımcılar, altı stratejiyi (psikiyatr/uzman açısından insan kaynaklarının artırılması; diğer sağlık çalışanlarının artırılması; toplum eğitim kampanyaları; tedavilerin mevcudiyetinin artırılması; sağlık hizmeti sunum ortamlarının çeşitliliğinin artırılması ve hasta/hasta yakını katılımının artırılması), her bir bozukluk için dört ana sonlanımı (sağlık hizmetine erişim, tedavi arayışı, uyum ve etkililik) iyileştirmedeki önemlerine göre değerlendirdiler. Son bir açık uçlu soru ile her bozukluk için uygulanabilecek diğer stratejiler soruldu.

Yanıt verenler WPA Başkanı'nın gönderdiği kişisel bir email içerisinde yer alan çevrim-içi anketi doldurmaya davet edildi. Yanıt vermeyenler ise, WPA Başkanı tarafından takibe alındı. Her iki bölüm için anketler çocuklar, ergenler, erişkinler ve yaşlılar olmak üzere dört bölüme ayrıldı. Yanıt verenlerden aynı sorulara her demografik dönem için yanıt vermeleri istenerek yaşam boyu ruh sağlığı hizmetlerinin devamlılığını değerlendiren bir tablo oluşturulmuştur.

1. Bölüm için her demografik dönem açısından bozuklukların ve tedavilerin önceliğini tanımlamaya yönelik tematik betimleyici bir analiz uygulanmıştır. Ruhsal bozukluğu olan insanlarda sonlanımları iyileştirmek için uygulanacak önemli stratejiler ile ilgili açık uçlu sorular niteliksel bir analiz ile değerlendirilmiştir. 1. Bölüm'den elde edilen sonuçlar, her bir demografik dönem açısından en yakından ilişkili sağlık çalışanı alt tipleri ve sağlık hizmeti ortamlarına dair veriler de eklenerek, 2. Bölüm anketinin oluşturulmasında kullanıldı.

2. Bölüm'de her demografik dönem için ayrı ayrı tematik

betimleyici analiz uygulandı; burada, 1. Bölüm'de belirlenen öncelikli ruhsal bozukluklara yönelik girişimlerin ulaştırılması ve sonlanımların iyileştirilmesine odaklanıldı. 2. Bölüm'de değerlendirmeler, "hiç önemli değil" ve "son derece önemli" arasında değişen dört dereceli bir ölçek üzerinden yapılmıştır. Sonuçları sunarken, katılımcıların en az %75'i tarafından "son derece önemli" veya en az %90'ı tarafından "son derece veya orta derecede önemli" olarak derecelendirilen kategorileri "en önemli"; katılımcıların %50-74'ü tarafından "son derece önemli" veya %75-89'u tarafından "son derece veya orta derecede önemli" olarak değerlendirilen kategorileri "çok önemli"; ve katılımcıların %60-74'ü tarafından "son derece veya orta derecede önemli" olarak derecelendirilen kategorileri de "önemli" olarak sıralayan bir algoritma kullanılmıştır. Son bölümdeki açık uçlu sorulara verilen yanıtlara tematik niteliksel analiz uygulanmıştır. Kapalı derecelendirme kategorilerini yineleyen yanıtlar, örneğin bazı özgül tedavilerin mevcudiyetini arttırmak ile ilgili olanlar, analizlerden çıkartılmıştır. Analizler kaynak düzeyine göre tabakalanmıştır.

Ülkeler Dünya Bankası Atlası yöntemiyle 2004 yılı kişi başına düşen gayrisafi milli hasıla (GMH) üzerinden yüksek (yüksek gelir düzeyli ülke - YGÜ, \$10,066 GMH veya üzeri) veya orta/düşük (düşük ve orta gelir düzeyli ülke - DOĞÜ, \$10,065 GMH veya altı) gelir düzeyli ülkeler olarak sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırmanın amaçlarımızla uyumluluk açısından geçerliliğini değerlendirmek için WHO Atlas'ından (10) elde edilen ruh sağlığı çalışanı düzeyi (100,000 nüfusa düşen psikiyatr sayısı, psikiyatrik hemşire sayısı ve psikolog sayısı) ile duyarlılık analizleri yürütüldü. Analizler sonucunda, İspanya (100,000 nüfus başına düşen sadece 9,7 ruh sağlığı çalışanı ve yüksek gelir düzeyi) ve Arjantin (100,000 nüfus başına düşen 122,6 ruh sağlığı çalışanı ve orta gelir düzeyi) gibi birkaç istisna dışında, WHO Atlası değerleri ile Dünya Bankası sınıflandırması arasında iyi bir uyumluluk olduğu görüldü.

## SONUÇLAR

18 WPA Bölge Temsilcisinin tümü ve 60 ülkeyi temsil eden Üye Birlikleri çalışmaya katılmayı kabul etti. Araştırmanın 1. Bölümü'nde 18 WPA Bölge Temsilcisinin tümü anketi yanıtladı (%100 yanıt düzeyi). 2. Bölüm'de ise 57 ülkeyi temsil eden Üye Birlikler anketi yanıtladı (%95 yanıt düzeyi). 18 ülke YGÜ olarak sınıflandırılırken, 39 ülke DOĞÜ olarak sınıflandırıldı.

## Öncelikli bozukluklar ve tedaviler

Sağlık hizmetleri açısından odaklanılan ana bozukluklar ve katılımcılar tarafından daha fazla üzerinde durulması gerektiği düşünülen bozukluklar Tablo 1'de sıralanmıştır. Tablo 2'de ise öncelikli bozukluklar için, katılımcılara göre o anda en yaygın olarak kullanılan tedaviler ve de kendi görüşlerine göre, daha sık kullanılması gereken tedaviler yer almaktadır.

**Tablo 1** Sağlık hizmetlerinin şu anda odağında olan ve daha fazla üzerinde durulması gereken ruhsal bozukluklar (önem sırası ile)

Çocuklar		Ergenler		Erişkinler		Yaşlılar	
<b>Şu anda öncelikli ruhsal bozukluklar</b>							
YGÜ	DOGÜ	YGÜ	DOGÜ	YGÜ	DOGÜ	YGÜ	DOGÜ
•Davranım bozukluğu	•Mental reterdasyon	•Depresyon	•Şizofreni	•Şizofreni	•Şizofreni	•Demans	•Demans
•Hiperkinetik bozukluk	•Hiperkinetik bozukluk	•Anksiyete bozuklukları	•Madde kötüye kullanımı	•Depresyon	•Depresyon	•Depresyon	•Depresyon
•Anksiyete bozuklukları	•Davranım bozukluğu	•Şizofreni	•Depresyon	•Bipolar bozukluk	•Anksiyete bozuklukları		
<b>Daha fazla üzerinde durulması gereken bozukluklar</b>							
YGÜ	DOGÜ	YGÜ	DOGÜ	YGÜ	DOGÜ	YGÜ	DOGÜ
•Yaygın gelişimsel bozukluklar	•Hiperkinetik bozukluk	•Madde kötüye kullanımı	•Depresyon	•Kişilik bozuklukları	•Depresyon	•Depresyon	•Depresyon
•Hiperkinetik bozukluk	•Anksiyete bozuklukları		•Madde kötüye kullanımı	•Madde kötüye kullanımı	•Anksiyete bozuklukları	•Demans	•Demans
	•Depresyon		•Anksiyete bozuklukları		•Bipolar bozukluk		

YGÜ - yüksek gelir düzeyli ülkeler; DOGÜ - düşük ve orta gelir düzeyli ülkeler

**Tablo 2** Öncelikli yedi ruhsal bozukluk için müdahaleler (önem sırasına göre)

Çocuklar		Ergenler		Erişkinler	Erişkinler ve Yaşlılar	Yaşlılar
<b>Hiperkinetik bozukluk</b>	<b>Anksiyete bozuklukları</b>	<b>Depresyon</b>	<b>Madde kötüye kullanımı</b>	<b>Şizofreni</b>	<b>Depresyon</b>	<b>Demans</b>
<i>Sık kullanılan müdahaleler</i>						
YGÜ: Stimülan ilaçlar; bakım verenlerle psikoeğitim; atomoksetin; eğitim müdahalesi	YGÜ: SSGÖ'ler; BDT; bakım verenlerle psikoeğitim	YGÜ: SSGÖ'ler; BDT	YGÜ: Grup psikoterapileri; yerine koyma tedavileri; motivasyonel görüşme	YGÜ: Atipik antipsikotikler; sosyal beceri eğitimi; mesleki beceri eğitimi; aile müdahale stratejileri	YGÜ: SSGÖ'ler; SNGÖ'ler; BDT	YGÜ: Antikolinesteraz ilaçlar; NMDA reseptör agonisti; risperidon
DOGÜ: Stimülan ilaçlar; bakım verenlerle psikoeğitim	DOGÜ: SSGÖ'ler; bakım verenlerle psikoeğitim; BDT	DOGÜ: SSGÖ'ler; BDT	DOGÜ: Anksiyolitikler; motivasyonel görüşme; grup psikoterapileri	DOGÜ: Tipik antipsikotikler, atipik antipsikotikler; Aile müdahale stratejileri	DOGÜ: SSGÖ'ler; trisiklik antidepressanlar; SNGÖ'ler	DOGÜ: Haloperidol; risperidon; antikolinesteraz ilaçlar
<i>Daha sık kullanılması gereken müdahaleler</i>						
YGÜ: bakım verenlerle psikoeğitim; BDT; sosyal beceri eğitimi	YGÜ: BDT; grup psikoterapileri; bakım verenlerle psikoeğitim	YGÜ: BDT; kişilerarası psikoterapi; aile psikoterapileri	YGÜ: BDT; kişilerarası psikoterapi; aile psikoterapileri	YGÜ: BDT; aile müdahale stratejileri; mesleki beceri eğitimi; nörokognitif terapi	YGÜ: BDT; kişilerarası terapi; EKT	YGÜ: Bakım verenlerle psikoeğitim; bakım verenlere dinlenme (gündüz bakımı); bakım verenlere dinlenme (evde bakım)
DOGÜ: Bakım verenlerle psikoeğitim; stimülan tedavisi; sosyala beceri eğitimi; eğitim müdahaleleri	DOGÜ: BDT; bakım verenlerle psikoeğitim; grup psikoterapileri	DOGÜ: Aile psikoterapileri; BDT; kişilerarası psikoterapiler	DOGÜ: BDT; aile psikoterapileri; grup psikoterapileri	DOGÜ: Sosyal beceri eğitimi; mesleki beceri eğitimi; aile müdahale stratejileri	DOGÜ: BDT; kişilerarası terapi; SNGÖ'ler	DOGÜ: Bakım verenlerle psikoeğitim; bakım verenlere dinlenme (gündüz bakımı); bakım verenlere dinlenme (evde bakım)

YGÜ - yüksek gelir düzeyli ülkeler; DOGÜ - düşük ve orta gelir düzeyli ülkeler; SSGÖ'ler - seçici serotonin geri alım önleyicileri; BDT - bilişsel davranışçı terapiler; SNGÖ - serotonin noradrenalin geri alım önleyicileri; EKT - elektrokonvulzif terapi

Çocuklar için davranım bozukları ve hiperkinetik bozukluk hem YGÜ hem de DOĞÜ bağlamında öncelikli bozukluklar olarak değerlendirilirken, anksiyete bozuklukları YGÜ'de daha ileri öncelikli ve de mental retardasyon DOĞÜ'de ana öncelikli ruhsal bozukluk olarak tanımlanmıştır. Her iki ülke kategorisinde de, otizm ve diğer yaygın gelişimsel bozukluklar ile birlikte hiperkinetik bozukluk, daha fazla üzerinde durulması gereken bozukluklar olarak ön plana çıkmıştır. Stimulan tedaviler ve bakım verenlerle birlikte yürütülen psikososyal müdahaleler hiperkinetik bozukluklar için her iki ülkede de en yaygın tedaviler olarak gözlenmiştir. Her iki grupta, hiperkinetik bozukluk için psikososyal girişimler ve çocuklar için sosyal beceri eğitimleri daha sık kullanılması gereken tedaviler olarak belirtilmiştir. YGÜ ve DOĞÜ grupları arasında anksiyete bozuklukları için hangi tedavilerin (seçici serotonin geri alım inhibitörleri, SSGÖ; bilişsel davranışçı terapiler, BDT; bakım verenlerle psikoeğitim girişimleri) en sık kullanıldığı konusunda ve hangi tedavilerin (BDT, grup psikoterapileri ve bakım verenlerle psikoeğitim girişimleri) daha sık kullanılması gerektiği konusunda görüş birliği ortaya çıkmıştır.

Her iki grupta da, ergenlerde depresyon ve şizofreni/diğer psikozlar öncelikli bozukluklar olarak sıralandılar. Ek olarak, YGÜ ve DOĞÜ gruplarında sırasıyla anksiyete ve madde kullanım bozuklukları öncelikli bozukluklar arasında sıralandı. Her iki grupta da, madde kullanım bozukluklarının ve depresyon/anksiyete bozukluklarının üzerinde daha fazla durulması gerektiği belirtildi. Her iki bozukluk için de, ilaç tedavileri en sık kullanılan tedaviler olarak belirtildi. Depresyonda SSGÖ'lar ön planan çıkarken, madde kullanım bozukluklarında ise, YGÜ grubunda yerine koyma tedavileri ve DOĞÜ grubunda benzodiazepinler en sık kullanılan tedavilerdi. Her ne kadar her iki grupta da psikolojik tedavilerin sık kullanıldığı belirtilse de, bu tedavilerin daha sık kullanılması gerektiği katılımcılar tarafından belirtilmiştir.

Her iki grupta yer alan katılımcılar tarafından, erişkinler için şizofreni/diğer psikozlar ve depresyon/anksiyete bozuklukları öncelikli bozukluklar olarak belirtildi. YGÜ grubunda bipolar bozukluk, DOĞÜ grubunda ise anksiyete bozuklukları sıralamada bu bozuklukları izledi. DOĞÜ grubundaki katılımcılar depresyon, anksiyete bozuklukları ve bipolar bozukluk üzerinde, YGÜ grubundaki katılımcılar ise kişilik bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları üzerinde daha fazla durulması gerektiğini belirttiler. Şizofreni tedavisinde, YGÜ'de atipik antipsikotikler en sık seçilen tedaviler iken, DOĞÜ'de açık ara ile tipik antipsikotikler en sık kullanılan tedaviler olarak yerlerini korudular. Diğer tüm kanıta dayalı tedavilerin çok daha az kullanıldığı gözlenirken, sadece aile tedavisi stratejilerinin göreceli olarak yaygın kullanıldığı görüldü. Tüm katılımcılar şizofreni tanısı almış insanlar için psikososyal girişimlerin daha sık kullanılması gerektiği görüşünü bildirirken, YGÜ'den katılımcılar BDT'ye, DOĞÜ'den katılımcılar ise sosyal ve mesleki beceri eğitimlerine vurgu yaptılar. DOĞÜ'de trisiklik antidepressanların depresyon tedavisinde halen sıklıkla önerildiği görülürken, tüm katılımcılar depresyon için en yaygın kullanılan tedavi olarak SSGÖ'leri bildirdiler. Her iki gruptan katılımcılar neredeyse ağız birliği yapmışcasına, özellikle BDT olmak üzere psikolojik terapilerin daha fazla kullanımı hak ettiği görüşündeydiler.

İleri yaş grubu için tüm katılımcılar arasında demans ve depresyonun öncelikli bozukluklar olduğu ve iki bozukluğun da daha fazla ilgiyi hak ettiği konusunda görüş birliği ortaya çıktı. Her iki grupta da ilaç tedavileri uzak ara ile en yaygın kullanılan tedaviler olarak sıralanırken, ilaç tipi (YGÜ'de antidemans ve atipik antipsikotikler, DOĞÜ'de ise haloperidol) gruplar arasında farklılık gösterdi. YGÜ'den katılımcıların yaklaşık yarısı bakım verenler için psikososyal müdahalelerin ve bakım verenler için dinlenme hizmetinin sık uygulandığını düşünse de, aynı fikirde olan DOĞÜ katılımcılarının sayısı küçük bir azınlıkta kaldı. Her iki gruptan katılımcıların ortak görüşü, özellikle bakım verenlere yönelik psikososyal girişimlerin ve kurumlardan bağımsız olarak bakım verenlerin dinlenmesine fırsat sağlayan müdahalelerin anlamlı olarak gereğinden az kullanıldığı oldu. Ayrıca, DOĞÜ katılımcılarının yaklaşık yarısı antidemans ilaçların ve üçte biri ise atipik antipsikotik ilaç risperidon'un demansın psikolojik ve ciddi davranışsal belirtilerinin tedavisi için gereğinden daha az kullanıldığını düşündüklerini belirttiler.

### Hizmetlerin kapsamının artırılması

Tablo 3 ve 4 sırasıyla farklı insan kaynaklarının ve farklı sağlık hizmeti kuruluşlarının, belirlenen yedi öncelikli ruhsal bozukluğunun tedavi kapsamının artırılmasındaki önemleriyle ilgili katılımcıların yanıtlarını özetlemektedir. Tablo 5 ise bu bozuklukların sonlanımlarının iyileştirilmesi-ne yönelik stratejiler ile ilgili yanıtları özetlemektedir.

Her iki grupta da katılımcılar, tüm yaş gruplarında gözlenen ruh sağlığı bozukları için psikiyatrların klinik rollerini son derece veya çok önemli kaynak olarak sıraladılar. Diğer ruh sağlığı uzmanları, özellikle çocuklarda ve ergenlerde, tanı aşamasında ve tüm dönemlerde ruhsal bozukluklar için yürütülecek psikososyal girişimler için son derece veya çok önemli olarak değerlendirildiler. Ancak diğer ruh sağlığı uzmanlarının gözden geçirme ve ilaç tedavisi önerme aşamasında önemli bir role sahip olmadıkları belirtildi. Diğer tıp çalışanları (örneğin birinci basamak hekimleri), her iki grupta, çocuk ve ergen ruhsal bozuklukları ve erişkin depresyonunda tanı aşamasında önemli veya çok önemli olarak değerlendirildiler. DOĞÜ'de şizofreni ve demans için de, tanı aşamasında birinci basamak doktorları gibi diğer tıp çalışanları önemli veya çok önemli olarak belirtildiler. Geriatristler ve nörologlar gibi diğer tıp uzmanları hem YGÜ hem de DOĞÜ'de, tanı için son derece önemli ve ilaç tedavisi için ise çok önemli olarak değerlendirildiler. Tıp dışı sağlık çalışanları her iki grupta tüm ruhsal bozukluklar için, psikososyal girişimler açısından önemli olarak sayıldılar. Hasta ve hasta yakınları, DOĞÜ'de tanı ve tedavinin gözlemlenmesi aşamasında madde kullanım bozukluklarında ve depresyonda önemli veya çok önemli olarak değerlendirilirken, her iki grupta, tüm bozukluklar açısından psikososyal girişimler için önemli veya çok önemli olarak kabul edildiler.

Psikiyatri yataklı servisleri veya poliklinikleri ve toplum ruh sağlığı birimleri, tüm ruhsal bozukluklar için her iki grupta da, özellikle tanı ve tedavi başlanması/gözden ge-

**Tablo 3** Katılımcılara göre insan kaynaklarının öncelikli bozuklukların tedavisindeki önemleri

İnsan Kaynağı	Roller	Çocuklar				Ergenler				Erişkinler		Erişkinler ve Yaşlılar		Yaşlılar	
		Hiperkinetik bozukluk		Anksiyete bozuklukları		Depresyon		Madde kötüye kullanımı		Şizofreni		Depresyon		Demans	
		YGÜ	DOGÜ	YGÜ	DOGÜ	YGÜ	DOGÜ	YGÜ	DOGÜ	YGÜ	DOGÜ	YGÜ	DOGÜ	YGÜ	DOGÜ
Psikiyatr	Tanı	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√
	İlaç tedavisi	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√
	Psikososyal	√√	√√	√√√	√√	√√√	√√	√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√	√√√	√√
Diğer ruh sağlığı uzmanları	Tanı	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√	√√	√√√	√	√√	-	√√	-	√√
	İlaç tedavisi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Psikososyal	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√
Birinci basamak doktorları	Tanı	√	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√√	-	√√	√√√	√√√	√√√	√√√
	İlaç tedavisi	√	√	√	√√	√√	√√	√√	√√	-	√	√√	√√	√√	√√
	Psikososyal	-	-	√	√	√	√	√	√√	-	√	√	√	-	√
Tıp dışı sağlık çalışanı	Tanı	-	-	-	-	-	-	-	√	-	-	-	-	-	-
	İlaç tedavisi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Psikososyal	-	√	√	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√	√√√	√√	√√
Hastalar ve aile yakınları	Tanı	-	-	-	-	-	√	√√	√√	-	√	-	√√	√	√
	İlaç tedavisi	-	-	-	-	-	√	√	√	-	√	-	√	-	-
	Psikososyal	√	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√√	√√	√√	√√	√√	√√

YGÜ - yüksek gelir düzeyli ülkeler; DOĞÜ - düşük ve orta gelir düzeyli ülkeler; √√√ - son derece önemli; √√ - çok önemli; √ - önemli

**Tablo 4** Katılımcılara göre sağlık hizmeti ortamlarının öncelikli bozuklukların tedavisindeki önemleri

Ortam	Roller	Çocuklar				Ergenler				Erişkinler		Erişkinler ve Yaşlılar		Yaşlılar	
		Hiperkinetik bozukluk		Anksiyete bozuklukları		Depresyon		Madde kötüye kullanımı		Şizofreni		Depresyon		Demans	
		YGÜ	DOGÜ	YGÜ	DOGÜ	YGÜ	DOGÜ	YGÜ	DOGÜ	YGÜ	DOGÜ	YGÜ	DOGÜ	YGÜ	DOGÜ
Psikiyatri birimleri	Tanı	√√√	√√	√√√	√√	√√√	√√√	√√√	√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√
	İlaç tedavisi	√√√	√√	√√√	√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√
	Psikososyal	√√	√√	√√√	√√	√√√	√√	√	√√	√√√	√√	√√√	√√	√√	√√
Toplum ruh sağlığı birimleri	Tanı	√√	√√√	√√√	√√	√√√	√√	√√√	√√√	√√	√√√	√√√	√√	√√	√√
	İlaç tedavisi	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√√	√√	√√	√√
	Psikososyal	√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√	√√√
Genel tıbbi birimler	Tanı	√	√√	√	√√	√	√√	√√	√√√	-	√	√	√	√√√	√√√
	İlaç tedavisi	-	√√	-	√√	-	√√	√√	√√	-	√	√	√	√√√	√√√
	Psikososyal	-	√	√	√	√	√√	√√	√√	-	√	√	√√	√√	√√
Birinci basamak birimleri	Tanı	-	√√	√	√√	√	√	√√	√√	-	√√	√√√	√√√	√√	√√
	İlaç tedavisi	√	√	√√	√	√	√	√√	√√	-	√√	√√√	√√	√√	√√
	Psikososyal	-	√	-	√	√	√	√	√	-	√	√	√	√	√
Okullar ve diğer toplumsal ortamlar	Tanı	√	√√	√	√	-	√	-	√√	-	-	-	-	-	-
	İlaç tedavisi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Psikososyal	√√	√√√	√√	√√	√	√√√	√√	√√	-	-	-	√	√√	√√
Evde bakım	Tanı	√	√	√	√√	-	√	-	√	-	√	-	√	-	√√
	İlaç tedavisi	-	-	-	√	-	-	-	√	√	√	-	-	-	√
	Psikososyal	-	√√	√	√√	√	√√	-	√√	√√√	√√	√	√√	√√	√√

YGÜ - yüksek gelir düzeyli ülkeler; DOĞÜ - düşük ve orta gelir düzeyli ülkeler; √√√ - son derece önemli; √√ - çok önemli; √ - önemli

**Tablo 5** Katılımcılara göre sonlanımları iyileştirmek için gerekli stratejilerin önemleri

	Çocuklar				Ergenler				Erişkinler		Erişkinler ve Yaşlılar		Yaşlılar	
	Hiperkinetik bozukluk		Anksiyete bozuklukları		Depresyon		Madde kötüye kullanımı		Şizofreni		Depresyon		Demans	
	YGÜ	DOGÜ	YGÜ	DOGÜ	YGÜ	DOGÜ	YGÜ	DOGÜ	YGÜ	DOGÜ	YGÜ	DOGÜ	YGÜ	DOGÜ
<i>Sağlık hizmetlerine daha iyi erişim</i>														
Psikiyatrik İK artırılması	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√
Eğitimli psikiyatri dışı İK artırılması	√√√	√√√	√√	√√√	√√	√√	√√√	√√√	√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√
Toplumsal eğitim kampanyaları	√√√	√√√	√√	√√√	√√	√√√	√√√	√√√	√√	√√√	√√√	√√√	√√	√√
Tedavi seçeneklerinin mevcudiyetinin artırılması	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√√	√√	√√	√√	√√	√√√	√√
Psikiyatri dışı ortamlarda hizmet verilmesinin artırılması	√	√√	√	√√	√√	√√	√√	√√	-	√√	√√	√√	√√	√√√
Hasta ve aile yakınlarının katılımının artırılması	√√√	√√	√√	√√√	√√√	√√	√√√	√√√	√√√	√√	√√√	√√	√√√	√√√
<i>Sağlık hizmetlerinde yardım arayışının artırılması</i>														
Psikiyatrik İK artırılması	√√	√√	√√√	√√√	√√√	√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√
Eğitimli psikiyatri dışı İK artırılması	√√	√√√	√√	√√√	√√	√√√	√√√	√√√	√√	√√√	√√√	√√	√√√	√√
Toplumsal eğitim kampanyaları	√√	√√√	√√	√√√	√√	√√√	√√	√√√	√√	√√	√√√	√√	√√	√√√
Tedavi seçeneklerinin mevcudiyetinin artırılması	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√√	√√	√√	√√√	√√
Psikiyatri dışı ortamlarda hizmet verilmesinin artırılması	√	√√	√	√√	√√	√√	√√	√√	√	√√	√√	√√	√√	√√√
Hasta ve aile yakınlarının katılımının artırılması	√√√	√√	√√	√√√	√√	√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√	√√√	√√√
<i>Tedaviye uyumun artırılması</i>														
Psikiyatrik İK artırılması	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√	√√√
Eğitimli psikiyatri dışı İK artırılması	√√√	√√	√√√	√√	√√	√√	√√√	√√√	√√√	√√	√√√	√√	√√	√√
Toplumsal eğitim kampanyaları	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√	√√	√√	√√
Tedavi seçeneklerinin mevcudiyetinin artırılması	√√√	√√√	√√	√√√	√√	√√√	√√	√√√	√√	√√	√√√	√√	√√√	√√
Psikiyatri dışı ortamlarda hizmet verilmesinin artırılması	-	√√	√	√	√√	√	-	√√	√	√	√	√	√√	√√
Hasta ve aile yakınlarının katılımının artırılması	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√
<i>Tedavi etkinliğinin artırılması</i>														
Psikiyatrik İK artırılması	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√
Eğitimli psikiyatri dışı İK artırılması	√√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√√	√√	√√	√√	√√√	√√	√√√	√√
Toplumsal eğitim kampanyaları	√	√√	-	√	√	√	√	√	-	√	√	√	√	√
Tedavi seçeneklerinin mevcudiyetinin artırılması	√√√	√√√	√√	√√	√√	√√√	√√	√√√	√√	√√	√√	√√	√√√	√√
Psikiyatri dışı ortamlarda hizmet verilmesinin artırılması	√	√	√	√	√	√√	√	√	√	√	√	√	√√	√√
Hasta ve aile yakınlarının katılımının artırılması	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√√	√√	√√	√√	√√√	√√	√√√	√√

YGÜ - Yüksek gelir düzeyli ülkeler; DOĞÜ - Düşük ve orta gelir düzeyli ülkeler; İK - İnsan kaynakları; √√√ - Son derece önemli; √√ - Çok önemli; √ - Önemli

çirilmesi aşamalarında olmak üzere, son derece veya çok önemli olarak bildirildiler. Genel tıbbi birimler, DOĞÜ'de depresyon, çocukluk ruhsal bozukluklarının tanı ve ilaç tedavisinin düzenlenmesinde ve de her iki grupta madde kullanımı bozukluklarında tüm rollerde önemli veya çok önemli olarak değerlendirildiler. Birinci basamak birimleri, YGÜ'de hiperkinetik bozukluk ve şizofreni dışında, tüm ruhsal bozuklukların özellikle tanı ve ilaç tedavisinin düzenlenmesi aşamalarında önemli veya çok önemli olarak derecelendirildiler. Her iki grupta, çocuk ve ergen ruhsal bozukluklarının tanısı için okullar ve diğer toplum tabanlı kurumlar önemliden çok önemliye kadar dercelendirilirken, diğer toplum tabanlı kurumlar demansta psikososyal girişimler açısından aynı şekilde önemli olarak derecelendirildiler. Psikososyal müdahaleler için evde bakım her iki grupta da önemli veya çok önemli olarak sıralanırken, DOĞÜ grubunda evde bakım aynı zamanda çocukluk çağı ruhsal bozuklukların tanısında ve demansta ilaç tedavisinin yürütülmesinde de

önemli veya çok önemli bulundu. Genel olarak tüm tedavi ortamları, ama özellikle, toplum ruh sağlığı birimleri en sık olarak son derece önemli kabul edilmek üzere, psikososyal tedavilerin kapsamlarının genişletilmesi açısından önemli bulundu.

Tüm sonlanımlar (sağlık hizmetlerine artan erişim, artan yardım arayışı, artan tedavi uyumu ve artan tedavi etkinliği) için dört strateji her iki grupta da son derece veya çok önemli olarak kabul edildi: psikiyatrinin insan kaynaklarının artırılması; uygun olarak eğitilmiş psikiyatri dışı insan kaynaklarının artırılması; tedavilerin erişilebilirliğinin artırılması; ve hasta ve aile yakını katılımının artırılması. Her iki grupta da toplum eğitim kampanyaları erişimin, yardım arayışının ve tedavi uyumunun artırılması açısından son derece veya çok önemli olarak derecelendirildiler. Psikiyatri dışı ortamlarda hizmet verilmesi demansta tüm sonlanım ölçütlerinin iyileştirilmesi açısından son derece önemli veya çok önemli olarak derecelendirildi. YGÜ'de çocukluk çağı



bozuklukları ve şizofreni dışında tüm bozukluklarda erişimin artırılması, yine YGÜ'de çocukluk çağı bozuklukları dışında tüm bozukluklarda yardım arayışının artırılması için psikiyatri dışı ortamlarda hizmet verilmesi son derece önemli veya çok önemli olarak kabul edildi.

Sonlanımların iyileştirilmesi ile ilgili sorulan açık uçlu sorulara toplam 135 yanıt alındı. Önerilen stratejilerin çoğu ana ankette belirtilen stratejiler ile ilişkiliydi (örneğin, belli tedavilerin mevcudiyetinin artırılması) ve bu nedenle tekrar değerlendirilmeye alınmadılar. Ek stratejilerin odaklandıkları noktalar arasında şu öneriler yer alıyordu: profesyoneller ve hizmetleri kullananlarda ruhsal bozukluklar için farkındalığın artırılması; ana ankette yer alanlar dışındaki bazı hizmetlerin (şizofreni tanılı insanlar için yarı-yol evleri, ruhsal bozukluğu olan çocuklar için özel eğitim) sunulması; hizmet sağlayıcılarının çeşitliliğinin artırılması (örneğin, geleneksel veya dinsel iyileştiriciler ile); yaşam boyu ruhsal hastalıklar ile ortaya çıkabilecek stigmatizasyona karşı mücadele verilmesi; erken tanı ve girişim stratejileri ve alkol kötüye kullanımını ile yaşlı insanlar için politika belirleyici girişimlerin ortaya konulması.

## TARTIŞMA

Burada, yaklaşık 60 ülkeden psikiyatri liderinin, yedi ruhsal bozukluğun yaşam boyu tedaviye erişim açıklarını azaltma yönündeki stratejilerini değerlendiren ilk sistematik anketin sonuçlarını bildiriyoruz. Bu anket, neredeyse tüm ülkelerde gözlenen ruh sağlığı hizmetlerinin dağılımındaki ciddi yetersizlik ve eşitsizlikler bağlamında ve ruhsal bozuklukların tedavilerinde özel tedavilerin önerilmesine yön veren yeni küresel girişimlerin ışığında yürütüldü.

Bulgularımızdan hem YGÜ hem de DOĞÜ bağlamında dört geniş tema ön plana çıkmaktadır. Bunlardan ilki, hem psikiyatristleri hem de diğer klinik ruh sağlığı çalışanlarını kapsamak üzere, ruh sağlığı uzmanları açısından insan kaynaklarının artırılması gereğidir. Tıp dışı sağlık çalışanları ve hemşireleri de dahil edecek şekilde, uzman olmayan sağlık çalışanlarının katılımını arttırarak birinci basamak üzerinden erişimin artırılması gerekliliği ortaya çıkan ikinci sonuçtu. Bu iki sonuç da, özellikle DOĞÜ'de ruhsal bozukluğu olan hastaların sonlanımlarının iyileştirilmesinde, ruh sağlığı çalışanlarının destek ve denetimlerinin devam etmesi koşulu altında, yükün, uzman olmayan sağlık çalışanlarına kaydırılmasının maliyet etkinliği olan bir strateji olacağıyla ilgili kanıtlar ile uyum içerisindedir (11). Bu nedenle, tedaviye erişim açığının giderilmesi çabalarında, daha geniş alanlara yayılmış ruh sağlığı çalışanlarının, toplum tabanlı ruh sağlığı hizmeti programlarını tasarlaması, uygulaması ve değerlendirmesi gereklidir. Ortaya çıkan üçüncü tema, tüm ruhsal bozukluklarda psikososyal tedavilere daha fazla erişim ihtiyacıdır. Kanıt dayalı bakım programları, farmakolojik tedavilerin yanı sıra, BDT ve kişilerarası terapi ve bakım verenler için dinlenme olanakları gibi sosyal girişimlere daha fazla odaklanmalıdır. Ortaya çıkan dördüncü alan, hastaların ve aile üyelerinin, özellikle DOĞÜ'de ruh sağlığı hizmetlerine daha fazla katılmalarına olan ihtiyaçtır. Hastalar ve aile üyeleri, hizmetlerin pasif alıcıları konumundan çıkartılıp, hiz-

metlerin planlanması ve ulaştırılması aşamasında aktif katılımcılar olmaları konusunda desteklenmelidirler. DOĞÜ ve YGÜ katılımcıları arasında beklenenden daha fazla benzerlik ortaya çıkmış olmasına rağmen, bu iki grup arasında, mevcut kaynaklar arasındaki uyumsuzluğu yansıtacak şekilde belirgin farklılıklar da gözlenmiştir. Nitekim, DOĞÜ'de yeni ve daha pahalı tedavilerin kısıtlı mevcudiyetinden yola çıkarak beklenen şekilde tipik antipsikotiklerin atipik antipsikotiklere nazaran daha fazla kullanıldıkları görülmüştür. Ayrıca DOĞÜ'de, çoğu ruhsal bozukluk için tanı ve tedavinin kapsamının artırılmasında, diğer ruh sağlığı uzmanları ve uzman olmayan sağlık çalışanlarına, YGÜ'ye göre daha önemli roller uygun görülmüştür.

Çalışmamızın belirgin bazı kısıtlılıkları vardır. Bunlardan en önemlisi, Afrika gibi az sayıda ulusal psikiyatri birliğinin bulunduğu bazı bölgelerde kısıtlı sayıda ülkenin çalışmaya dahil edilebilmiş olmasıdır. Ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılmasında psikiyatrik tedavi ortamlarına yapılan belirgin vurguyu yanıt veren katılımcıların hepsinin psikiyatr olması açıklayabilir ve de çalışmanın bir başka kısıtlılığı olarak kabul edilebilir. Ancak tamamen psikiyatlardan oluşan katılımcılar tarafından, tanı, ilaç tedavisinin yürütülmesi ve psikososyal destek alanlarında, hasta ve hasta yakınlarının çok önemli olan rollerinin ve uzman olmayan sağlık çalışanlarının (birinci basamak doktorları, tıp dışı sağlık çalışanları) önemlerinin vurgulanmış olması kayda değerdir. Bu profesyonel liderlerin, birliklerinin kendi üyelerinin görüşlerini temsil ve etkileme gücüyle orantılı olarak bu sonuç, görevlerin kaydırılmasının ve işbirliği yapılmasının hem mümkün olduğunu hem de istendiğini göstermektedir. Bu, bazı durumlarda psikiyatrların bu yöndeki yeni oluşumlar karşısında engel oluşturabileceği yönündeki gözlemler bağlamında önemli bir bulgudur (12). Diğer yandan, küresel ruh sağlığı alanındaki en büyük birliğin desteklediği bu çalışma, dünya çapında önde gelen psikiyatrların tedavi açığının giderilmesiyle ilişkili görüşlerinin değerlendirildiği ilk sistematik incelemedir. Ruh sağlığı hizmetlerinin ihtiyacı karşılaması ve tedavi açığının kapatılması açısından düzenlenmeleri için tüm ilişkili tarafların görüşlerinin alınması gereklidir. Bu araştırmayı, küresel ruh sağlığında belki de en önemli yön verici topluluk olan psikiyatrların, bu alandaki konumları açısından ilk belirleyici çaba olarak görüyoruz.

Çalışmamız tedavi açığının azaltılması için üç stratejiyi net olarak ortaya koymaktadır: psikiyatr ve diğer ruh sağlığı çalışanlarının sayısının artırılması; uzman olmayan çalışanların ve ortamların katılımının artırılması ve ruhsal hastalıklardan etkilenen insanların aktif katılımının sağlanması. Bu üç strateji, daha çok DOĞÜ için olmak üzere, hem YGÜ hem de DOĞÜ için geçerlidir. Ruhsal bozukluklardan etkilenenleri ruh sağlığı hizmetlerine daha fazla katmak "Movement for Global Mental Health"'in (Küresel Ruh Sağlığı Hareketi) amaçları ile uyumludur. Bu hareket, sağlık hizmeti verenlerle ruhsal bozukluklardan etkilenenlerin güçlü işbirliği ile ruhsal bozukluklarda tedavi açığının kapatılması için geniş tabanlı bir yaklaşımı savunmaktadır. 2008-2011 eylem planının (8-9) uygulamaya konulması ile birlikte, Dünya Psikiyatri Birliği psikiyatrların sayısının ve de psikiyatri eğitiminin ve sürekli eğitimin kalitesinin artırılması konusunda çalışmalarını sürdürmektedir.

Sonuç olarak, ruh sağlığı hizmetlerinin yeniden şekillen-

dirilmesi üç etmenin, etkin bir şekilde yürürlüğe konması ile mümkündür: uzman olmayan sağlık hizmetlilerine görevlerin kaydırılması; etkili ve sürekli denetim ve desteğin sunulabilmesi için uzman ruh sağlığı kaynaklarının artırılması ve bu uzman ruh sağlığı kaynaklarının merkezlerden çıkartılarak yaygınlaştırılması. WPA, ruh sağlığı hizmetlerinin gelişimine katkısını ve tüm ülkelerde birinci basamak hizmetlerle entegrasyonunu artırma çalışmalarını, bu çalışmada belirlenen tüm stratejileri kullanımını da teşvik ederek sürdürecektir.

## EK

The WPA Zonal and Member Society Representatives participating in the survey include: Raymond Tempier (WPA Zone 1 and Canadian Psychiatric Association), Michelle B. Riba (WPA Zone 2 and American Psychiatric Association), Mauricio Sanchez (WPA Zone 3), Fabrizio Delgado Campodonico (WPA Zone 4), Luis Risco (WPA Zone 5), Linda Gask (WPA Zone 6), Henrik Wahlberg (WPA Zone 7), Miquel Roca (WPA Zone 8), Dusica Lecic-Tosevski (WPA Zone 9), Armen Soghoian (WPA Zone 10 and Armenian Association of Psychiatrists and Narcologists), Driss Mousaoui (WPA Zone 11), Charles Baddoura (WPA Zone 12), Joseph Adeyemi (WPA Zone 13), Solomon Rataemane (WPA Zone 14), S. Ahmed Jalili (WPA Zone 15), E. Mohandas (WPA Zone 16 and Indian Psychiatric Society), Naotaka Shinfuku (WPA Zone 17), Julian Freidin (WPA Zone 18), Juan Carlos Stagnaro (Association of Argentinean Psychiatrists), Ines Josefina Puig (Foundation for Interdisciplinary Investigation of Communication, Argentina), Kenneth Kirby (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists), Michael Musalek (Austrian Association of Psychiatry and Psychotherapy), Nadir Ismayilov (Azerbaijan Psychiatric Association), Golam Rabbani (Bangladesh Association of Psychiatrists), Sharon Harvey (Barbados Association of Psychiatrists), Bernard Sabbe (Society of Flemish Neurologists and Psychiatrists, Belgium), Nils Noya-Tapia (Bolivian Society of Psychiatry), Marija Burgic-Radmanovic (Psychiatric Association of Bosnia-Herzegovina), Luiz Alberto Hetem (Brazilian Association of Psychiatry), Fatima Vasconcellos (Psychiatric Association of Rio de Janeiro State, Brazil), Juan Maass (Society of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery, Chile), Carlos Miranda (Colombian Psychiatric Association), Neophytos Papanephytous (Cyprus Psychiatric Association), Jiri Raboch (Czech Psychiatric Association), Anders Fink-Jensen (Danish Psychiatric Association), Ahmed Okasha (Egyptian Psychiatric Association), Jyrki Korkeila (Finnish Psychiatric Association), Julien Daniel Guelfi (Medical Psychologic Society, France), Frank Schneider (German Association for Psychiatry and Psychotherapy), Sammy Ohene (Ghana Psychiatric Association), George Christodoulou (Hellenic Psychiatric Association, Greece), Constantin R. Soldatos (Hellenic Society of Neurology and Psychiatry, Greece), See King Emilio Quinto Barreira (Guatemalan Psychiatric Association), Mario Mendoza (Honduran Society of Psychiatry), Roy Abraham Kallivayalil (Indian Association for Social Psychiatry), Shahrokh S. Gudarzi (Iranian Psychiatric Association), Mohammed R. Lafta (Iraqi Society of Psychiatrists), Mariano Bassi (Italian

Psychiatric Association), Massimo Clerici (Italian Association for Re-search in Schizophrenia), Roger Gibson (Jamaica Psychiatric Association), Takuya Kojima (Japanese Society of Psychiatry and Neurology), Saltanat Nurmagambetova (Kazakh Association of Psychiatrists and Narcologists), Soo-Churl Cho (Korean Neuropsychiatric Association), Tamilla Kadyrova (Kyrgyz Psychiatric Association), Nabil Mikati (Lebanese Psychiatric Society), Sojan Bajraktarov (Psychiatric Association of Macedonia), Teck Hoe Yen (Malaysian Psychiatric Association), Bayanhuu Ayushjav (Mongolian Mental Health Association), Lidija Injac Stevovic (Montenegrin Psychiatric Association), José Santiago Sequeira Molina (Nicaraguan Psychiatric Association), Oye Gureje (Association of Psychiatrists in Nigeria), Jan Olav Johannessen (Norwegian Psychiatric Association), Haroon Rashid Chaudhry (Pakistan Psychiatric Society), Bassam Al-Ashhab (Palestinian Psychiatric Association), Aleksander Araszkiwicz (Polish Psychiatric Association), Dan Preliceanu (Romanian Psychiatric Association), Valery Krasnov (Russian Society of Psychiatrists), Anatoly Bogdanov (Independent Psychiatric Association of Russia), Miroslava Jasovic-Gasic (Serbian Psychiatric Association), Livia Vavrusova (Slovak Psychiatric Association), Peter Pregelj (Psychiatric Association of Slovenia), Alberto Fernandez Liria (Spanish Association of Neuropsychiatry), Abdallah Abdelrahman (Sudanese Association of Psychiatrists), Pichet Udomratn (Psychiatric Association of Thailand), Halis Ulas (Psychiatric Association of Turkey), Peykan Gokalp (Turkish Neuro-Psychiatric Association), Fred N. Kigozi (Uganda Psychiatric Association), Greg Richardson (Royal College of Psychiatrists, UK).

## Kaynaklar

1. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M et al. Resources 1. for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet* 2007;370:878-89.
2. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291:2581-90.
3. Kebede D, Alem A, Shibire T et al. Onset and clinical course of schizophrenia in Butajira-Ethiopia – a community-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38:625-31.
4. Editorial. A movement for global mental health is launched. *Lancet* 2008;372:1274.
5. Lancet Global Mental Health Group. Scaling up services for mental disorders – a call for action. *Lancet* 2007;370:1241-52.
6. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP): scaling up care for mental, neurological and substance abuse disorders. Geneva: World Health Organization, 2008.
7. Patel V, Thornicroft G. Packages of care for mental, neurological, and substance use disorders in low- and middle-income countries. *PLoS Med* 2009;6:e1000160.
8. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008; 7:129-30.
9. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. *World Psychiatry* 2009; 8:65-6.
10. Saxena S, Sharan P, Garrido M et al. World Health Organization's Mental Health Atlas 2005: implications for policy development. *World Psychiatry* 2006;5:179-84.
11. Patel V. The future of psychiatry in low and middle income countries. *Psychol Med* 2009;39:1759-62.
12. Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007;370:1164-74.

# Kardiyovasküler sağlık sorunu veya diyabeti olan kadın gazilerde depresyon tedavi biçimleri

USHA SAMBAMOORTHY<sup>1,2,3</sup>, CHAN SHEN<sup>4</sup>, PATRICIA FINDLEY<sup>1,5</sup>, SUSAN FRAYNE<sup>6</sup>, RANJANA BANERJEA<sup>7</sup>

<sup>1</sup>New Jersey Veterans Administration Healthcare System, East Orange, NJ 07018; <sup>2</sup>Department of Pharmaceutical Systems and Policy, School of Pharmacy, West Virginia University, Morgantown, WV; <sup>3</sup>Department of Community Health and Preventive Medicine, Morehouse School of Medicine, Atlanta, GA; <sup>4</sup>Department of Economics, Georgetown University, Washington, DC; <sup>5</sup>School of Social Work, Rutgers University, New Brunswick, NJ; <sup>6</sup>VA Palo Alto Health Care System, Menlo Park, CA; <sup>7</sup>Department of Veterans Affairs, Washington, DC, USA

*Bu araştırma kardiyovasküler sağlık sorunu veya diyabeti olan kadın gazilerde depresyon tedavi biçimlerinin değerlendirilmesini amaçlamıştır. 2002-2003 yılı Gazi Sağlık Yönetimi (Veteran Health Administration; VHA) ve "Medicare" dosyalarından birleştirilen uzunlamasına izlem verileri kullanılmıştır. Depresif dönemi ve kronik sağlık sorunu (diyabet veya koroner arter hastalığı ya da hipertansiyon) olan kadın gazilerde depresyon tedavisini analiz etmek için ki-kare ve multinominal lojistik regresyon testleri uygulanmıştır. Toplamda, %77'si depresyon için tedavi almış, %54'ü yalnızca antidepresanlarla, %4'ü yalnızca psikoterapi ve %19'u her ikisini de kullanmıştır. Multinominal lojistik regresyon Afrika kökenli Amerikalı kadınların beyaz kadınlara oranla daha fazla tedavisiz grupta yer aldıklarını ve antidepresandan ziyade psikoterapi aldıklarını göstermiştir. Daha yaşlı kadınlar ve yalnızca koroner arter hastalığı olan kadınlar daha az oranda tedavi almaktaydılar.*

**Anahtar sözcükler:** Depresyon, kadınlar, koroner arter hastalığı, hipertansiyon, diyabet, antidepresanlar, psikoterapi

(*World Psychiatry* 2010;9:177-182).

Tüm dünyada depresyon görülme sıklığının kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu iyi bilinmektedir (1). Ancak, kadınlarda depresyon tedavisinin araştırılması, özellikle depresyon başka tıbbi hastalıkla beraber görüldüğünde, pek dikkat çekmemiştir. Kadınlarda depresyon tedavi biçimleri üzerine dolaylı kanıtlar, depresyonda cinsiyet farklılıklarını değerlendiren veya depresyon tedavisinin kalitesini araştıran çalışmalar yoluyla, bir araya getirilebilir. 1990'lı yıllardan bir çalışma, birinci basamak hizmetlerinde kadınlara erkeklerden daha çok antidepresan reçetesi yazılma eğilimi olduğunu bildirmiştir (2). 60 yaş üstü erişkinlerde, kadınlar erkeklerden daha çok depresyon tedavisi almaktadır (3). Depresyon tedavi kalitesindeki düzelmeyi değerlendiren randomize kontrollü çalışmalarda, kadınlar erkeklere göre daha fazla depresyon tedavisi alma eğilimindedir (4). Depresyonu olan yaşlı bir hastanın anlatıldığı video olgu örneklerine psikiyatrların yanıtlarına dayanarak yapılan bir çalışmada, hastanın cinsiyetinin depresyon tedavisi yönetimini etkilemediği çıkarımı yapılmıştır (5).

Buna rağmen, bu çalışmaların hiç birisi, depresyon tedavisini, kronik hastalıkların depresif sendrom ile birlikte görüldüğü durumlarda değerlendirmemiştir. Diyabet ve kardiyovasküler hastalıklarda depresyon tedavi oranları ve biçimlerinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Beş kadından bir tanesinde bir tür kardiyovasküler hastalık bulunmaktadır (6) ve erkeklerden daha çok diyabetli kadın vardır (7). Diyabetli kadımlardan oluşan bir örneklemede, major depresyonun koroner kalp hastalığı gelişimini hızlandıran bağımsız bir risk etkeni olduğu bildirilmiştir (8). Buna ek olarak, koroner kalp hastalığı bulunan hastalarda, depresyon tedavisi ve ölüm arasındaki ilişkiyi araştıran ilk klinik çalışma, kadınların erkeklere kıyasla daha kötü sonlanıma sahip olabildiğini öne sürerek anlamlı bir tedavi-cinsiyet etkileşimi bildirmiştir (9).

Bu araştırmanın temel amacı diyabet veya koroner arter hastalığı ya da hipertansiyonu olan kadınlar arasında depresyon tedavi oranlarını (antidepresanlar ve/veya psikoterapi) bildirmek ve bu oranların demografik, sosyoekonomik ve sağlık durumu özellikleri yönünden farklılıklarını analiz etmektir. Kadın gaziler topluluğu özel ilgi alanıdır çünkü kronik fiziksel sorunu olan kadın gazilerle ilişkili araştırmalar kısıtlıdır (10) ve özellikle birlikte görülen fiziksel ve ruhsal hastalığı olan kadın gazilerdeki tedavilere ilişkin yayınlar, Gazi Sağlık Yönetimi (GSY; Veteran Health Administration-VHA)'nde az çalışılmış bir araştırma alanı olarak kalmıştır (11).

Biz, 2002 mali yılında, GSY kliniklerini kullanan ve diyabet veya koroner arter hastalığı ya da hipertansiyon tanısı almış kadın gazilerle çalıştık ve 2003 mali yılında ortaya çıkan depresyon dönemlerindeki depresyon tedavilerini değerlendirdik.

## YÖNTEM

Çalışmamız için veriler 2002-2003 mali yılında birleşik GSY ve "Medicare" verilerinden elde edilmiştir. 2002 mali yılı 1 Ekim 2001'den 30 Eylül 2002'ye; 2003 mali yılı 1 Ekim 2002'den 30 Eylül 2003'e kadar uzanan zaman dilimini göstermektedir. 2003 mali yılı sonunda ölen kadın gazileri araştırma dışında tuttuk; ikili GSY/Medicare katılımcıları arasından, yalnızca, 2002 ve 2003'te tüm 12 ay boyunca hizmet başı ücret ödeyen kadın gazileri dahil ettik.

2002 mali yılı süresince diyabeti veya koroner arter hastalığı ya da hipertansiyonu olan kadın gazileri, hastalığa özgü ICD-9-CM kodlarına, klinik bakım için ziyaret sayısına, bakımın yerine (yatan hasta ya da ayaktan hasta), tanının

derecesine (birincil ya da diğer) dayalı bir algoritma kullanarak tanımladık. Örneğin, koroner hastalığı olan bir kadını tanımlamak için, primer koroner arter hastalığı tanısıyla en az bir kez yatırılarak tedavi ya da bir kez ayaktan başvuru veya birincil ya da ikincil koroner arter hastalığı tanısıyla en az iki ayaktan başvuru koşulları koyduk.

Tüm depresyon tanıları ICD-9-CM kodları olan 296.2 (major depresif bozukluk, tek dönem); 296.3 (major depresif bozukluk, yineleyen dönem); 311 (Başka yerde sınıflandırılmayan depresyon); 309.1 (uzamış depresif tepki); 300.4 (nörotik depresyon); 309.0 (depresif mizaçlı uyum bozukluğu) ve 298.0 (depresif tip psikoz) kullanılarak tanımlandı. 2003 mali yılında ortaya çıkan depresif dönemi tanımlamak için, daha önce yayınlanmış çalışmalarımızda kullandığımız bir algoritmayı takip ettik: ölçüt, 2003 mali yılında ilk depresyon tanısı gününde veya öncesinde, 120 gün depresyon ve/veya antidepresan ilaç öyküsü bulunması idi (12). Depresyon tedavisini izleyebilmek için, yalnızca, 2003 mali yılında en az 6 aylık izlemi olan kişileri dahil ettik.

Bu nedenle, değerlendirmeye alınan son çalışma grubu, GSY kliniklerini kullanmış ve diyabet veya koroner arter hastalığı ya da hipertansiyon tanısı almış, 2003 mali yılında ilk kez depresyon tanısı bulunan 8.147 kadın gaziden oluşmaktaydı.

Antidepresan ilaçlar GSY "Pharmacy Benefit Management (PBM)" dosyalarından edinilen ilaç isimleri kullanılarak belirlendi. Gözlem sürecinde "Medicare", reçeteli ilaç yardımı sağlamadı. Bu nedenle, antidepresanlara ilişkin bilgi yalnızca GSY dosyalarından elde edildi. 2003 mali yılında depresyon görülen ve 2002 mali yılında diyabet veya koroner arter hastalığı ya da hipertansiyon tanısı almış kadın gaziler arasında, 2003 yılında depresyon tanısını aldığı gün veya sonrasında en az bir antidepresan ilaç reçetesi olan herhangi bir kadının depresyon için antidepresan tedavisi aldığı kabul edildi.

Depresyonda psikoterapi tedavisini araştırmak için hem GSY hem de Medicare dosyalarından "şimdiki işlem terminolojisi" (current procedural terminoloji-CPT) kodlarını kullanarak geniş kapsamlı bir psikoterapi kodları listesi oluşturduk. Kodlar listesi araştırma ekibindeki psikolog ve psikiyatrlar tarafından derlendi. Yine, 2003 mali yılında depresyon döneminin başladığı gün veya sonrasında, 180 gün içerisinde herhangi psikoterapi kodlu ziyaret, psikoterapi kullanımı olarak tanımlandı.

Antidepresan reçeteleri ve psikoterapi ziyaretlerine dayanarak, kadın gazileri birbirini dışlayan dört kategoride sınıfladık: depresyon tedavisi yok; yalnızca antidepresan kullanımı; yalnızca psikoterapi kullanımı; hem antidepresan hem de psikoterapi kullanımı. Yalnızca psikoterapi alan kadın gazilerin sayısının çok küçük olmasına ( $s=297$ ; %3.6) bağlı olarak, yalnızca psikoterapi alt grubundaki farklılıklar incelenirken tablolarda bir çok göze iki bireyden daha az kişi düşmesine neden oldu. Bu yüzden, antidepresan alan ya da almayan psikoterapi gruplarını birleştirdik ve depresyon tedavisini 3 kategoride değerlendirdik.

Bağımsız değişkenler şunlardı: ırk/etnik köken (beyaz, Afrika kökenli Amerikalı, Latin, diğer ve bilinmeyen), yaş

(50'den az, 50-64 arası, 64-74 arası, 75 ve üzeri), Medicare kaydı (12 aylık hizmet karşılığı ücret Medicare kaydı ve yalnızca GSY sigortası), bölge (Kuzeydoğu / Ortabatı / Güney / Batı), 2002 mali yılındaki ilk tanı (yalnızca diyabet, yalnızca koroner arter hastalığı, yalnızca hipertansiyon, diyabet ve koroner arter hastalığı, diyabet ve hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve hipertansiyon veya üç durum birden), diğer fiziki durum (hiç, bir, iki veya daha çok) ve psikiyatrik eştanılar (anksiyete bozuklukları, bipolar bozukluk, şizofreni dışı psikoz, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), şizofreni, madde kötüye kullanımı). Tüm tıbbi ve psikiyatrik eştanılar 2002 mali yılındaki ICD-9-CM kodlarına dayanmaktaydı.

Depresyon tedavisindeki grup farklılıkları ki-kare testi ile değerlendirildi. Kadın gazilerin depresyon tedavi biçimlerini değerlendirmek için multinominal lojistik regresyon kullandık. Bivariat ve multivariat değerlendirmeler 3-düzye depresyon değişkeni kullanılarak yapıldı ("tedavi yok", "yalnızca antidepresan" ve "antidepresanla veya antidepresansız psikoterapi"). Multinominal lojistik regresyondaki parametre hesaplamaları risk oranı ve ona karşılık gelen %95 güven aralığına dönüştürüldü. Multinominal regresyonda, bağımlı değişken için, referans grubu "yalnızca antidepresan kullanımı" idi.

## BULGULAR

2003 mali yılında ortaya çıkan depresyon dönemi ve 2002 mali yılında diyabet veya koroner arter hastalığı ya da hipertansiyon tanısı olan 8,147 kadın gaziden oluşan çalışma örnekleminin özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Kadın gazilerin büyük bir bölümü beyaz (%69 beyaza karşı %19 Afrika kökenli Amerikalı ve %1.9 Latin); %25'i 65 yaş ve üzerindedir. Kadın gazilerin yaklaşık yarısı (%55) Medicare hizmet sistemine kayıtlıydı. Kadın gazilerin büyük bir bölümünün (%84) tek başına (%55) ya da koroner arter hastalığı veya diyabetle birlikte (%29) hipertansiyonu vardı. Kadın gazilerin yüzde otuz üçü düşük gelir durumları nedeniyle GSY kapsamındaydı. En yüksek oranda görülen psikiyatrik eştanı anksiyete bozukluğu (%20) idi. Diğer yaygın durum madde kullanım bozukluğuydu: %20'si klinik olarak madde kullanım bozukluğu (alkol, madde ve/veya tütün) tanı kodlarını almıştı.

2003 mali yılında depresyon dönemi görülenler arasında, %54'üne yalnızca antidepresan reçete edilmiş, %23'ü antidepresanla ya da antidepresansız psikoterapi almış ve %23'ü hiç tedavi almamıştı (Tablo 2). Depresyon tedavisinde tüm iki değişkenli altgrup farklılıkları anlamlıydı; bu nedenle yalnızca multinominal lojistik regresyonda anlamlı bulunmaları vurguladık (Tablo 3). Beyaz kadınlara kıyasla anlamlı derecede yüksek oranlarda Afrika kökenli Amerikalı kadın (%17.1'e karşı %26.5) izlem sırasındaki 180 gün içerisindeki ziyaretlerde antidepresan veya psikoterapi tedavisi almamıştı. Yalnızca antidepresan alanlara kıyasla hiç tedavi almayan Afrika kökenli Amerikalılar için düzeltilmiş risk oranları 1.25 (%95 güven aralığı: 1.05, 1.49) bulundu (Tablo 3). Antidepresan tedaviden ziyade psikoterapi kul-

**Tablo 1** Çalışma grubunun özellikleri (S=8,147)

	S	%
<i>Irk/etnisite</i>		
Beyaz	5,598	68.7
Afrika kökenli Amerikalı	1,530	18.8
Latin	153	1.9
Diğer	73	0.9
<i>Yaş</i>		
50 yaş altı	3,018	37.0
50-64	2,253	27.7
65-74	874	10.7
75 yaş ve üstü	2,002	24.6
<i>Öncelik durumu</i>		
Malûl	3,706	45.5
Muhtaç	3,157	38.8
Ödeme paylaşan	1,188	14.6
<i>İndeks tanısı</i>		
Yalnızca Diyabet	683	8.4
Yalnızca Koroner Arter Hastalığı	295	3.6
Yalnızca Hipertansiyon	4,435	54.4
Diyabet ve Koroner Arter Hastalığı	53	0.7
Diyabet ve Hipertansiyon	1,199	14.7
Koroner Arter Hastalığı ve Hipertansiyon	927	11.4
Her üç sağlık sorunu birden	555	6.8
<i>Diğer fiziksel sağlık sorunları</i>		
Hiç	252	3.1
Bir	1,688	20.7
İki ve daha fazla	6,207	76.2
<i>Diğer Mental Bozukluklar</i>		
Anksiyete bozuklukları	1,662	20.4
Bipolar Bozukluk	733	9.0
Şizofreni dışı psikozlar	527	6.5
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	897	11.0
Şizofreni	524	6.4
Herhangi bir madde kötüye kullanımı	1,647	20.2

lanımı, Afrika kökenli Amerikalı kadınlar arasında beyaz kadınlara kıyasla (%32.0'ye %18.9), daha fazla idi (düzeltmiş risk oranı:1.38, %95 güven aralığı=1.19-1.59).

“Depresyon tedavisi görmeme”, daha yaşlı kadınlarda (65 yaş ve üzeri olanların 50 yaş ve altındaki grupla karşılaştırılması) daha yüksek oranlardaydı. Yalnızca koroner arter hastalığı olan kadın gaziler yalnızca hipertansiyonu olanlarla karşılaştırıldığında, tedavisiz grup için düzeltilmiş risk oranları 1.40 (%95 güven aralığı=1.03, 1.90) idi. Ruh-sal hastalığın tipi ve depresyon tedavisi arasındaki ilişkide çeşitlilik gözlemlendi. Örneğin, anksiyete bozukluğu veya TSSB'li olanlar daha az “depresyon tedavisi görmeme” durumunda iken, psikoza olanlarda “depresyon tedavisi görmeme” daha yüksek düzeylerdeydi. Herhangi bir madde kullanım bozukluğu olanlar ise daha az “depresyon tedavisi görmeme” durumundaydılar.

## TARTIŞMA

Bu çalışmada, kardiyovasküler sağlık sorunu veya diyabeti olan kadın gazilerde depresyon tedavi biçimlerini ve depresyonun ortaya çıkışını değerlendirmeyi amaçladık. Kronik hastalığı olan kadınlarda depresyon tedavisini değerlendiren çok az sayıda gözlemsel çalışma bulunduğu için, çalışmamızdaki depresyon tedavi oranlarını diğer çalışmalarla karşılaştıramıyoruz. Doğrudan karşılaştırılabilir olmasa da, diyabeti kontrol altında olan ve depresyonu bulunan Kuzeydoğu Conneticut'ta yaşayan 18 kadına dayalı bir çalışmada, bizim %23'lük tahmini psikoterapi oranlarımıza benzer biçimde, yalnızca %18'inin psikoterapi ve antidepresanla tedavi edildiği bildirilmişti. Beyaz kadınlara kıyasla Afrika kökenli Amerikalı kadınların daha az olasılıkla yalnızca antidepresan tedavi alması, genel toplumdaki (14,15), kalp hastalığı olanlardaki (16) ve diyabeti olan gazilerdeki (12) etnik farklılıklara ilişkin bulgularla benzerdir. Çalışmamızdaki tüm kadınlar reçeteli ilaç sigortasına sahipti. Sigorta kapsamı açısından eşitlenmiş erişimin varlığında, ırksal farklılıkları açıklayabilecek etkenlerden bir tanesi, ruh sağlığı stigmatının genel olarak Afrika kökenli Amerikalılar arasında (17,18) ve özellikle, beyaz kadınlara kıyasla Afrika kökenli Amerikalı kadınlarda daha fazla olması olabilir (19).

Ancak, Afrika kökenli Amerikalı kadınlar beyaz kadınlar kadar psikoterapi alma eğilimindeydi. Depresyon tedavisi için hem kadın hem erkek Afrika kökenli Amerikalılar, beyazlardan daha az olasılıkla antidepresan tedavi alma eğilimindeydiler (17). Psikoterapi alan kadınların büyük çoğunluğu tedavinin kabul edilebilir olduğunu bildirmişlerdir (20) ve genelde ırksal azınlıklar depresyon için antidepresanlardan ziyade danışmanlık hizmetini tercih etmektedir (21). Bizim bulgularımız ve literatürden gelen bilgiler beraber değerlendirildiğinde, bu gruplarda psikoterapiyi desteklemenin depresyon tedavisindeki ırksal farklılıkları azaltmanın bir yolu olabileceği öne sürülebilir.

Yalnızca hipertansiyonu olan kadınlar koroner arter hastalığı olanlarla karşılaştırıldıklarında, tedavisiz depresyon grubunda daha çok bulunma eğilimindeydiler. Bu kadınlarda daha düşük tedavi olasılığının ENRICHD çalışmasında gözlenen olumsuz sonuçlanıma ilişkili olup olmadığını saptayabilmek için ileri araştırmalara ihtiyaç vardır. Bizim çalışmamızdaki koroner arter hastalığı olan kadınlar yalnızca hipertansiyonu olan kadınlar kadar psikoterapi almaktaydılar. ENRICHD çalışmasında saptanan psikoterapinin yararlı etkileri göz önünde bulundurulursa (9,22) kadın gazilerden oluşan bu toplulukta depresyon tedavisi için psikoterapi özendirilebilir (23). Ek olarak, kalp hastalıkları ve depresyon danışma kurulunun önerdiği gibi, bu kadınların, hem ruhsal hem de kardiyak sağlıklarının sonuçlanım örüntüleri yakından izlenilmelidir (24).

Çalışmamızda saptadığımız bulgular çoklu morbiditenin depresyonun daha düşük düzeylerde tedavisine neden olduğu yönündeki genel algıyı desteklemektedir (25). Çalışmamızda, diyabet, koroner arter hastalığı ve hipertansiyon eşanlı ya da diğer fazla sayıda sağlık sorunları bulunan kadın gazilerde, depresyon tedavisi görme olasılığı

**Tablo 2** Çalışma grubunun depresyon tedavisine göre özellikleri

	Tedavi yok		Yalnızca antidepresan tedavi		Psikoterapi		p
	S	%	S	%	S	%	
	1,887	23.2	4,388	53.9	1,872	23.0	
<i>Irk/etnik köken</i>							<0.001
Beyaz	1,486	26.5	3,055	54.6	1,057	18.9	
Afrika kökenli Amerikalı	261	17.1	780	51.0	489	32.0	
Latin	27	17.6	79	51.6	47	30.7	
Diğer	17	23.3	39	53.4	17	23.3	
<i>Yaş</i>							<0.001
50 yaş altı	421	13.9	1,648	54.6	949	31.4	
50-64	354	15.7	1,298	57.6	601	26.7	
65-74	290	33.2	449	51.4	135	15.4	
75 yaş ve üstü	822	41.1	993	49.6	187	9.3	
<i>Evlilik durumu</i>							<0.001
Evlili	605	23.4	1,427	55.3	550	21.3	
Dul	478	35.3	694	51.3	181	13.4	
Boşanmış/Ayrılmış	484	18.4	1,439	54.8	702	26.7	
Hiç evlenmemiş	309	20.1	803	52.3	422	27.5	
<i>Öncelik durumu</i>							<0.001
Malûl	731	19.7	2,023	54.6	952	25.7	
Muhtaç	792	25.1	1,646	52.1	719	22.8	
Ödeme paylaşan	347	29.2	662	55.7	179	15.1	
Bilgi yok	17	17.7	57	59.4	22	22.9	
<i>İndeks tanısı</i>							<0.001
Yalnızca diyabet	126	18.4	368	53.9	189	27.7	
Yalnızca koroner arter hastalığı	74	25.1	147	49.8	74	25.1	
Yalnızca hipertansiyon	920	20.7	2,418	54.5	1,097	24.7	
Diyabet ve koroner arter hastalığı	20	37.7	29	54.7	4	7.5	
Diyabet ve hipertansiyon	280	23.4	659	55.0	260	21.7	
Koroner arter hastalığı ve hipertansiyon	294	31.7	480	51.8	153	16.5	
Her üç sağlık sorunu birden	173	31.2	287	51.7	95	17.1	
<i>Diğer fizik sağlık sorunları</i>							<0.001
Hiç	33	13.1	134	53.2	85	33.7	
Bir	289	17.1	914	54.1	485	28.7	
İki ve daha fazla	1,565	25.2	3,340	53.8	1,302	21.0	
<i>Anksiyete bozuklukları</i>							<0.05
Var	344	20.7	938	56.4	380	22.9	
Yok	1,543	23.8	3,450	53.2	1,492	23.0	
<i>Bipolar bozukluk</i>							<0.01
Var	148	20.2	440	60.0	145	19.8	
Yok	1,739	23.5	3,948	53.3	1,727	23.3	
<i>Şizofreni dışı bozukluklar</i>							<0.001
Var	163	30.9	273	51.8	91	17.3	
Yok	1,724	22.6	4,115	54.0	1,781	23.4	
<i>Traumaya sonrası stres bozukluğu</i>							<0.001
Var	94	10.5	583	65.0	220	24.5	
Yok	1,793	24.7	3,805	52.5	1,652	22.8	
<i>Şizofreni</i>							<0.05
Var	118	22.5	307	58.6	99	18.9	
Yok	1,769	23.2	4,081	53.5	1,773	23.3	
<i>Madde kötüye kullanımı</i>							<0.001
Var	273	16.6	923	56.0	451	27.4	
Yok	1,614	24.8	3,465	53.3	1,421	21.9	

ğı daha düşük değildi. Bu sonuçlar, birinci basamak sağlık hizmetlerinde, depresyon tedavisinin diğer tıbbi sorunların bakımı için yarışan ihtiyaçlardan etkilenmediği çıkarımını yapan yeni yayınlanmış bir çalışma ile uyumludur (26). Eş-tanının tedavide anlamlı farklılık oluşturmamasının nedeni, depresyon gibi ciddi ruhsal hastalığı ve kronik hastalıkları

olan bireylerin yakından izlemine bağlı olabilir (27).

Yaşlı erişkinlerde (28) ve kronik hastalığı olanlarda (29), GSY gibi bütünlük düzenlemeler (örneğin, ruhsal sağlık ve birinci basamak hizmeti) çerçevesinde yürütülen depresyon tedavisine bağlı olarak depresif belirtilerin düzelmesine rağmen, depresyon tedavisinde yaş ile ortaya çıkan farklı-

**Tablo 3** Depresyon tedavisinde dönüştürülmüş multinominal lojistik regresyon risk oranları

	Tedavi yok			Psikoterapi		
	DRO	95% GA	p	DRO	95% GA	p
<i>İrk/etnik köken</i>						
Beyaz						
Afrika kökenli Amerikalı	1.25	1.05,1.49	<0.05	1.38	1.19,1.59	<0.001
Latin	1.05	0.66,1.67		1.35	0.92,1.98	
Diğer	1.33	0.73,2.40		1.03	0.58,1.85	
<i>Yaş</i>						
50 yaş altı						
50-64	0.99	0.84,1.17		0.86	0.75,0.98	<0.05
65-74	1.62	1.29,2.03	<0.001	0.77	0.60,0.99	<0.05
75 yaş ve üstü	2.01	1.63,2.47	<0.001	0.49	0.39,0.61	<0.001
<i>İndeks tanısı</i>						
Yalnızca diyabet	1.22	0.96,1.56		1.03	0.82,1.28	
Yalnızca koroner arter hastalığı	1.40	1.03,1.90	<0.05	1.15	0.84,1.56	
Yalnızca hipertansiyon						
Diyabet ve koroner arter hastalığı	1.62	0.88,2.97		0.38	0.13,1.09	
Diyabet ve hipertansiyon	1.03	0.87,1.21		0.98	0.83,1.15	
Koroner arter hastalığı ve hipertansiyon	1.08	0.91,1.29		1.04	0.85,1.28	
Her üç sağlık sorunu birden	1.06	0.86,1.31		1.12	0.87,1.45	
<i>Diğer fizik sağlık sorunları</i>						
Hiç						
Bir	1.41	0.91,2.19		0.89	0.63,1.24	
İki ve daha fazla	1.42	0.92,2.20		0.88	0.63,1.23	
<i>Anksiyete bozuklukları</i>						
Var	0.81	0.70,0.94	<0.01	1.07	0.93,1.23	
Yok						
<i>Bipolar bozukluk</i>						
Var	0.92	0.74,1.14		0.79	0.64,0.98	<0.05
Yok						
<i>Şizofreni dışı bozukluklar</i>						
Var	1.30	1.04,1.62	<0.05	1.05	0.81,1.37	
Yok						
<i>Traumaya sonrası stres bozukluğu</i>						
Var	0.45	0.36,0.57	<0.001	0.77	0.65,0.91	<0.01
Yok						
<i>Şizofreni</i>						
Var	1.00	0.78,1.28		0.81	0.63,1.05	
Yok						
<i>Madde kötüye kullanımı</i>						
Var	0.84	0.72,0.99	<0.05	1.12	0.98,1.29	
Yok						

DRO - dönüştürülmüş risk oranı; GA - güvenlik aralığı

lıklar bulduk. Bu farklılıklar genel toplumda (30) ve diyabetli gazilerde (12) gözlenenler ile benzerdi.

Yaşlılarda depresyon hizmetine ulaşma açısından birçok engel olduğu bildirilmiştir (30). Ancak, yaşlı bireyler kalp hastalığı bağlamında genellikle bütünlük tedaviyi tercih etmektedir (29). Yaşlılarda depresyon tedavisini geliştirmeye yönelik uygulamalar depresyonun bir kardiyovasküler risk faktörü olduğunun altını çizen eğitim materyallerini içermelidir.

Bu araştırma, kadın gazilere ait büyük ölçekli yaygın bir veri tabanının kullanımı, bütün kullanılan verileri elde etmeye yardımcı olması açısından Medicare ve GSY'den edinilen bilgilere ulaşılabilirlik ve diyabet, koroner arter hastalığı, hipertansiyon ve depresyon tanılarının tespit

edilebilirliği gibi birçok avantaja sahiptir. Bizim, yalnızca antidepresan reçetelerini saptayabilmemiz ama şimdiki ilaç kullanımlarına ilişkin bilgiye sahip olamamız bu araştırmanın temel kısıtlılıklarından bir tanesidir. Benzer biçimde, yalnızca şimdiki psikoterapi ziyaretlerini saptayabilirken, kadın gaziler arasında psikoterapiye yönlendirildiği halde buna başvurmayanları izlemedik. Araştırmamızın bir diğer kısıtlılığı da, bulgularımızın GSY sistemi dışında genellebilirliği sorunudur. Dahası, kronik hastalıkları saptamak için özgül yıllara ait tanısal kodların kullanımının kendi içinde kusurları vardır: bu veriler ruhsal ve fiziksel hastalığın başlangıç yaşı, şiddeti ve süresi gibi değişkenlerini elde etmek için kullanılamaz. Depresyon şiddeti, düşük depresyon tedavi oranları ve koroner arter hastalığı arasındaki

ilişkiyi zayıflatabilirdi. Benzer biçimde, fiziksel hastalığın şiddeti çoğul morbiditenin varlığında depresyon tedavisine bir engel oluşturabilirdi (26).

Bu kısıtlılıklara rağmen, araştırmamız kronik hastalığı olan kadınlarda tedavi biçimlerini ortaya çıkarmaya başlayan ham literatüre katkı sağlamaktadır. Kronik hastalıkları olan kadın gazilerin depresyon tedavilerindeki alt grup farklılıkları, genel toplumda kadın ve erkeklerde gözlenen tedavi biçimleriyle benzerdir. Araştırmamızın bulguları, kalp hastalığı olan kadınlarda depresyon tedavisinin geliştirilmesi, kardiyovasküler riskin azaltılması bağlamında depresyon tedavisinin bütünleştirmesi ve depresyon tedavisinde ırksal farklılıkları azaltmak için psikoterapinin teşvik edilmesi açısından ileri araştırmalara gereksinim olduğunu önermektedir.

### Teşekkür ve açıklama

Bu araştırma Department of Veterans Affairs, Health Services Research and Development Service: IAE 05-255; IIR-05-016 (Dr. Sambamoorthi ve Dr. Banerjea) ve Diabetes Epidemiology Cohort Study (Dr. Pogach) tarafından maddi olarak desteklenmiştir.

Sunulan bulgular ve görüşler yazarlara aittir ve herhangi bir birey veya kuruluşun görüşünü yansıtmamaktadır.

### Kaynaklar

1. Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M et al. Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord* 1993;29:85-96.
2. Williams JB, Spitzer RL, Linzer M et al. Gender differences in depression in primary care. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:654-9.
3. Unutzer J, Katon W, Callahan CM et al. Depression treatment in a sample of 1,801 depressed older adults in primary care. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:505-14.
4. Sherbourne CD, Weiss R, Duan N et al. Do the effects of quality improvement for depression care differ for men and women? Results of a group-level randomized controlled trial. *Med Care* 2004;42:1186-93.
5. Kales HC, Neighbors HW, Blow FC et al. Race, gender, and psychiatrists' diagnosis and treatment of major depression among elderly patients. *Psychiatr Serv* 2005;56:721-8.
6. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics – 2009 update. Dallas: American Heart Association, 2009.
7. Wild S, Roglic G, Green A et al. Global prevalence of diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004;27:1047-53.
8. Clouse RE, Lustman PJ, Freedland KE et al. Depression and coronary heart disease in women with diabetes. *Psychosom Med* 2003;65:376-83.
9. Berkman LF, Blumenthal J, Burg M et al. Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICH) randomized trial. *JAMA* 2003;289:3106-16.
10. Goldzweig CL, Balekian TM, Rolon C et al. The state of women veterans' health research. results of a systematic literature review. *J Gen Intern Med* 2006;21(Suppl. 3):S82-92.
11. Yano EM, Goldzweig C, Canelo I et al. Diffusion of innovation in women's health care delivery: the Department of Veterans Affairs' adoption of women's health clinics. *Womens Health Issues* 2006;16:226-35.
12. Tiwari A, Rajan M, Miller D et al. Guideline-consistent antidepressant treatment patterns among veterans with diabetes and major depressive disorder. *Psychiatr Serv* 2008;59:1139-47.
13. Whittemore R, Melkus GD, Grey M. Self-report of depressed mood and depression in women with type 2 diabetes. *Issues Ment Health Nurs* 2004;25:243-60.
14. Simpson SM, Krishnan LL, Kunik ME et al. Racial disparities in diagnosis and treatment of depression: a literature review. *Psychiatr Q* 2007;78:3-14.
15. Das AK, Olfson M, McCurtis HL et al. Depression in African Americans: breaking barriers to detection and treatment. *J Fam Pract* 2006;55:30-9.
16. Waldman SV, Blumenthal JA, Babyak MA et al. Ethnic differences in the treatment of depression in patients with ischemic heart disease. *Am Heart J* 2009;157:77-83.
17. Cooper LA, Gonzales JJ, Gallo JJ et al. The acceptability of treatment for depression among African-American, Hispanic, and white primary care patients. *Med Care* 2003;41:479-89.
18. Cooper-Patrick L, Powe NR, Jenckes MW et al. Identification of patient attitudes and preferences regarding treatment of depression. *J Gen Intern Med* 1997;12:431-8.
19. Menke R, Flynn H. Relationships between stigma, depression, and treatment in white and African American primary care patients. *J Nerv Ment Dis* 2009;197:407-11.
20. Swartz HA, Frank E, Shear MK et al. A pilot study of brief interpersonal psychotherapy for depression among women. *Psychiatr Serv* 2004;55:448-50.
21. Givens JL, Houston TK, Van Voorhees BW et al. Ethnicity and preferences for depression treatment. *Gen Hosp Psychiatry* 2007;29:182-91.
22. Carney RM, Freedland KE, Steinmeyer B et al. Depression and five year survival following acute myocardial infarction: a prospective study. *J Affect Disord* 2008;109:133-8.
23. Blumenthal J, Waldman M, Babyak MA. Treating depression in patients with heart disease: Is the glass half empty or half full? *Am Heart J* 2009;157:e35-e7.
24. Lichtman JH, Bigger JT, Jr., Blumenthal JA et al. Depression and coronary heart disease. Recommendations for screening, referral, and treatment. A science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research. Endorsed by the American Psychiatric Association. *Circulation* 2008;118:1768-75.
25. Nutting PA, Rost K, Smith J et al. Competing demands from physical problems: effect on initiating and completing depression care over 6 months. *Arch Fam Med* 2000;9:1059-64.
26. Ani C, Bazargan M, Hindman D et al. Comorbid chronic illness and the diagnosis and treatment of depression in safety net primary care settings. *Journal of the American Board of Family Medicine* 2009;22:123-35.
27. Krein SL, Bingham CR, McCarthy JF et al. Diabetes treatment among VA patients with comorbid serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2006;57:1016-21.
28. Skultety KM, Zeiss A. The treatment of depression in older adults in the primary care setting: an evidence-based review. *Health Psychol* 2006;25:665-74.
29. Bogner HR, de Vries HF. Integration of depression and hypertension treatment: a pilot, randomized controlled trial. *Annals of Family Medicine* 2008;6:295-301.
30. Zivin K, Kales HC. Adherence to depression treatment in older adults: a narrative review. *Drugs Aging* 2008;25:559-71.



# ICD-10 tanılarının 2001- 2007 yılları arasında Danimarka'daki hastane temelli psikiyatri hizmetlerinde kullanımı

POVL MUNK-JØRGENSEN<sup>1</sup>, MALENE NAJARRAQ LUND<sup>1</sup>, AKSEL BERTELSEN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unit for Psychiatric Research, Aalborg Psychiatric Hospital, Aarhus University Hospital, Mølleparkvej 10, PO Box 210, 9100 Aalborg;

<sup>2</sup>Centre for Psychiatric Research, Aarhus University Hospital, 8240 Risskov, Denmark

ICD-10'un ruhsal ve davranışsal bozukluklar bölümü Danimarka versiyonunda, 3 basamak kullanıldığında 380 farklı tanı içermektedir. Bu çalışmada Danimarka'daki hastane temelli psikiyatri hizmetlerinde 2001-2007 yılları arasında mevcut tanılarının kaçının kullanıldığı ve bu tanılarının ne sıklıkta kullanıldıkları araştırılmıştır. Analiz, Danimarka merkezi psikiyatri araştırma kayıtlarına rapor edilmiş olan tanılarının toplam sayısı üzerinden yapılmıştır (s= 1,260,097). Yüzde 50'lik dilimine (%50.1) 16 tanı kullanılarak ulaşılmıştır (380 tanının %4.2'si). Kaydı en sık yapılan tanıların paranoid şizofreni (%10.2), alkol bağımlılığı (%8.3) ve uyum bozuklukları (%5.9) olduğu bulunmuştur. Bu yedi yıllık süreçte 7 tanı (%1.8) bir ile dört kez arasında kullanılmıştır. 109 tanının (mevcut tüm tanılarının %28.7) her biri 100'den az kullanılmıştır. Bu bilgiler ICD-10'un ruhsal ve davranışsal bozukluklar bölümünün revizyonu sürecinde tanı sayısının mantıklı bir şekilde yeniden ele alınması gerektiğini göstermektedir.

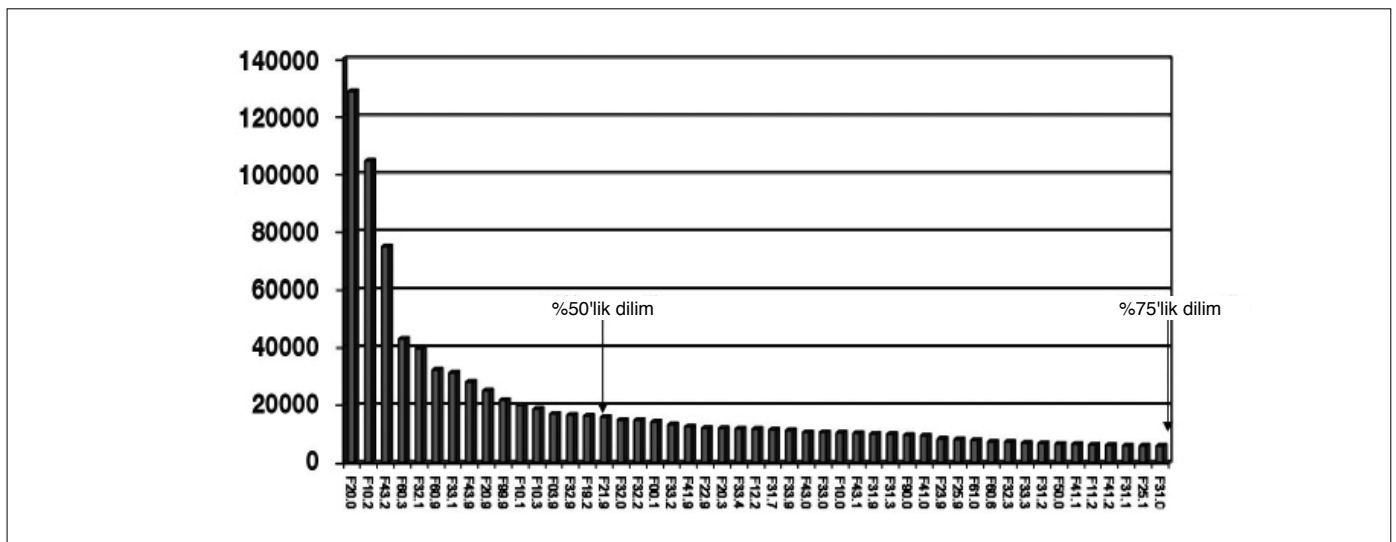
**Anahtar sözcükler:** Psikiyatrik tanılar, ICD-10, Danimarka'da hastane temelli hizmetler

(*World Psychiatry* 2010;9:183-184).

Psikiyatri sağlık istatistikleri ve epidemiyolojik çalışmalar, hemen her zaman, tanı için çok kısıtlı sayıda sınıflama grubu kullanılır; bu sayı 8-10'u nadiren geçer. Mevcut sınıflandırma sistemleri olan ICD-10 ve DSM- IV-TR tedavi ve araştırma amacıyla detaylı tanı koymak için bir takım olasılıklar sunmaktadır. ICD-10'un ruhsal ve davranışsal bozukluklar bölümü Danimarka'da Ocak 1994'ten beri kullanılmaktadır ve 3 basamak (xx.x) kullanıldığında 380 farklı tanı içermektedir. Bu çalışmanın amacı Danimarka hastane temelli psikiyatri hizmetlerinde, 2001-2007 yılları arasında, mevcut psikiyatrik tanılarının kaç tanesinin kullanıldığı ve bu tanılarının ne kadar sıklıkla kullanıldığını araştırmaktır.

Araştırmada 1 Ocak 2001'den 31 Aralık 2007 tarihine kadar Danimarka Merkezî Psikiyatri Araştırma Kayıtlarına (DPCRR) (1) bildirilmiş olan tüm tanı verileri kullanılmıştır. Tedavi sona erdiğinde tanılar kayıt merkezine bildirilmiştir. Ayrıca tedavisi süren yatan hastaların ve poliklinik hastalarının tanıları ve psikiyatri acil servislerine gelen hastaların tanıları da verilere dâhil edilmiştir. Toplum içi psikiyatrik tedavi alan kişilerin tanıları da ayakta hasta grubuna dâhil edilmiştir. Hem asıl tanı hem de ek tanılar dikkate alınmıştır.

7 yıllık süreçte, tedavisi biten 653,754 yatan ve ayakta hastanın DPCRR'ye bildirilen tanıları toplam 1.260.097 ta-



**Şekil 1** 2001-2007 yılları arasında Danimarka'daki genel psikiyatri tanılarının %75'inin ICD-10'un 49 kategorisi için dökümü

nının 1.041.589'ünü oluşturmaktaydı. ICD-10'un Danimarka versiyonunda mevcut 380 tanının hepsi kullanılmıştı.

Toplam 1,260,097 tanının yüzde 50'lik dilimine (%50.1) 16 farklı tanı ile ulaşılmıştır. Bu tanılardan en sık kullanılanı 128,537 kez kullanılan (%10,2) F20.0 (paranoid şizofreni) tanısıydı. F10.2 (alkol bağımlılığı sendromu) 104,445 (%8.3) kez ve F43.2 (uyum bozukluğu) 74,687 (%5,9) kez kullanılmıştı. Yüzde 75'lik dilime 49 farklı tanı ile ulaşılmıştır (Şekil 1). 146 (%38.4) tanı yüzde 95'lik dilime ulaşmak için yeterli gelmiştir. 144 (37,9) tanının her birinin 200'den daha az sayıda kayıtlı olduğu görülmüştür; 109 (28.7) tanının her birinin 100'den az ve 141 (%37.1) tanının ise toplamdaki 1,260,097 tanının %0,01 ve daha azında kullanılmakta olduğu görülmüştür.

Üç tanı sadece 2 kez kullanılmıştır: Bu tanılar, hızlı konuşma (cluttering, F98.6), uçucu çözücü kötüye kullanımı (F18.8) ve uçucu çözücü kötüye kullanımına bağlı amnestik sendrom (F18.6)'dur. İki tanı ise sadece 3 kez kullanılmıştır: Epilepsinin eşlik ettiği kazanılmış afazi ve derin zeka geriliğine bağlı davranış bozuklukları, diğer (F73.8). Yine iki tanı sadece 4 kez kullanılmıştır: Bebeklik veya çocukluk döneminde ortaya çıkan pika (F98.3), ve hallusinojen kullanımına bağlı ruhsal ve davranışsal bozukluklar, diğer (F16.8).

Sonuçlar ICD-10'un Danimarka versiyonunda toplam 380 tanıdan sadece çok az bir bölümünün, çoğunlukla kullanılan tanıları arasında yer aldığını göstermektedir. Bu sonuçlar Müssigbrodt ve arkadaşlarının (2) 4 kıtadan 10 ülkenin 19 bölümünde, 25,470 temel tanı üzerinde yürüttüğü araştırmayla uyumlu görünmektedir. Bu çalışmada 10 tanının olguların %40'ında, 121 tanının ise %0.1'den az sayıda kullanıldığı saptanmıştır.

Psikiyatrik hastalıkların patogenezi konusunda net bilgi olmayışı, psikiyatride yeni tanı kavramlarının ortaya çıkmasına ortam hazırlamaktadır. Bir yandan ilaç endüstrisinin bu durumdan hoşnut olması, diğer yandan huzursuzluk eşliğinin azalması ve Batı toplumlarında, bireylerin kendi hayatları konusundaki sorumluluklarının azalması bu sürecin devamına katkıda bulunmaktadır (4).

Bu eğilim, tercihen WPA'nın da katılımıyla, ICD ve DSM sistemlerinin düzeltilmiş baskıları hazırlanırken (5), yeni 'bozukluklar' eklemek için gerekli kanıtların yeniden düşünülmesi ve kültürel farklılıkların göz önüne alınmasıyla (6) düzeltilebilecektir.

Bu çalışma hastane ve toplum temelli psikiyatri uygulamalarını içeren kayıtları temel aldığı için, kamu kurumlarında sık kullanılmayan bazı tanıların özel hekimlik pratiğindeki kullanımına ilişkin olası yararları dışlayamayız.

## Kaynaklar

1. Munk-Jørgensen P, Mortensen PB. The Danish Psychiatric Central Register. Dan Med Bull 1997;44:82-4.
2. Müssigbrodt H, Micheks R, Malchow CP et al. Use of the ICD-10 classification in psychiatry: an international survey. Psychopathology 2000;33:94-9.
3. Healy D. The engineers of human souls and academia. Epidemiol Psichiatria Soc 2007;16:205-11.
4. Jensen H. Ofrets århundrede (Century of victimization), 2nd ed. Copenhagen: Samlerens Paperbacks, 2002.
5. Maj M. WPA-WHO collaborative activities 2009-2011. World Psychiatry 2009;8:129-30.
6. Alarcón RD. Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. World Psychiatry 2009;8:131-9.

# Afrika'da toplum ruh sağlığı merkezlerinin geliştirilmesinde öğrenilenler

CHARLOTTE HANLON, DAWIT WONDIMAGEGN, ATALAY ALEM

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Addis Ababa University, Addis Ababa, Ethiopia

*Bu yazı, "Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Basamaklar, Engeller, Kaçınılması Gereken Hatalar üzerine WPA Görev Grubu"nun Afrika'ya ilişkin bulgularını özetlemektedir. Burada, Afrika bölgesindeki ruh sağlığı politikaları, planları ve programlarını gözden geçiriyor; ilgili araştırma ve çalışmaların özetlerini ve toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine ilişkin eleştirel bir değerlendirme sunuyor; temel zorluklar, engeller ve öğrenilenleri tartışıyor ve Afrika bölgesinde toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi için bazı önerilerde bulunuyoruz.*

**Anahtar sözcükler:** Toplum temelli ruh sağlığı hizmeti, Afrika, birinci basamak sağlık hizmeti, ruh sağlığı hizmetleri, sistematik gözden geçirme, öğrenilen dersler

(*World Psychiatry* 2010;9:185-189).

Bu rapor dünyanın belli bölgelerindeki toplum ruh sağlığı hizmetlerindeki gelişmeleri anlatan raporlar dizisinin bir parçasıdır. 2008 WPA Genel Kurulu'nda, Profesör Mario Maj'in başkanlık dönemi için derneğin 3 yıllık Eylem Planı (1,2) kabul edilmiş ve başkan "Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Basamaklar, Engeller, Kaçınılması Gereken Hatalar için WPA Rehberi" adıyla bir görev grubu kurmuştur. Bu görev grubunun amacı, yöntemleri ve ana bulguları geçtiğimiz günlerde yayınlanmıştır (3). Bu yazıda, konu Afrika'yla ilgili açısından ele alınmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) Afrika bölgesi 30'u düşük gelir grubundan olmak üzere 46 ülkeyi kapsamaktadır. Ruhsal bozuklukların yaygınlığına ilişkin tahminler yaşam boyu yaygınlık oranı %30.3 olmak üzere (4), en azından, yüksek gelir grubundan ülkelere benzer oranlardadır (4). Ruh sağlığı, önemli diğer halk sağlığı sorunları arasında yerini korumaya çalışmaktadır ve Milenyum Gelişme Hedeflerine (5) ulaşma açısından şimdiden önemli ilerlemeler kaydetmiştir (6). Ancak Afrika bölgesinde toplum ruh sağlığına ayrılan finansman ruh sağlığı bozukluklarının görülme sıklığıyla orantısız görülmektedir.

Afrika bölgesindeki ruh sağlığı hizmetlerinin gelişmesinin önündeki diğer engeller ise, çatışmalar, doğal afetler ve devlet hizmetinde çalışan ruh sağlığı profesyonellerinin beyin göçüdür (7).

Bu yazıda, Afrika ülkelerinde toplum ruh sağlığı hizmeti uygulamaları, uzmanların deneyimleri ve hizmetlere ilişkin yayınlanmış değerlendirmelere ağırlık verilerek gözden geçirilecektir.

## AFRİKA BÖLGESİNDE RUH SAĞLIĞI POLİTİKALARI, PLANLARI VE PROGRAMLARI

WHO Ruh Sağlığı Atlası (8) yayınlandığında Afrika bölgesinde yalnızca 23 ülkede ruh sağlığı politikası bulunuyor-

du; 6 ülke ise ruh sağlığı politikası geliştirme sürecindeydi. 9 ülke belirli bir ruh sağlığı politikası olmaksızın bir ruh sağlığı programına sahipti. 25 ülke ruh sağlığı yasasına sahipti fakat çoğunluğu son dönemlerde revize edilmemişti. Afrika ülkelerinin yalnızca %50.5'i toplum temelli ruh sağlığı hizmeti bulunduğunu bildirmiştir. Ruh sağlığı politikalarının çoğu ruh sağlığı hizmetlerinin merkezileşmesini engellemeyi ve toplum yönelimli hizmetleri geliştirmeyi desteklese de, bunun Afrika kıtasında uygulanması gerçek bir zorluk taşımaktadır (9-11). Düşük gelir grubundan birçok Afrika ülkesinde, toplumun yeterli bir bölümünü kapsayan herhangi bir ruh sağlığı hizmetinin sunulması çok sorunludur; bu durum çok ağır ruhsal bozukluklarda dahi büyük tedavi açığına yol açmaktadır (6).

## AFRİKA BÖLGESİNDEKİ BENZER ÇALIŞMALARIN ÖZETİ

Afrika'daki toplum ruh sağlığı uygulamalarını değerlendiren yayınlanmış ve yayınlanmamış çalışmalar toplanarak sistematik bir gözden geçirme yapılmıştır. Yöntem daha önce tanımlanmıştır (3). Daha eski çalışmalar, öncesinde gözden geçirilerek yayınlandığı (12) için, bu yazıda yalnızca 1995-2009 yılları arasındaki çalışmalar dikkate alınmıştır.

Toplam 24 toplum ruh sağlığı merkezi değerlendirme raporu saptanmıştır. Bu raporların bulguları birleştirilerek tablo 1-3'te sunulmuştur. Güney Afrika da dahil olmak üzere, toplum ruh sağlığı hizmetleri uygulamalarından edinilen kanıtlar ve deneyimler ayrıca tanımlanmıştır (34,35). Sahra'nın güneyinde yayınlanmış ruh sağlığı merkezlerini değerlendirme çalışmalarının büyük çoğunluğunun orta-yüksek ekonomik seviyeye sahip bir ülke olan Güney Afrika'dan çıktığı görülmektedir (s:17, %70.8). Sahra güneyindeki düşük ekonomik seviyesi olan ülkelere ise toplum ruh sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesi ile ilgili yayınlanmış literatür çarpıcı derecede eksiktir.

**Tablo 1** Sahraaltı Afrika'da ruh sağlığı hizmetlerini değerlendiren çalışmaların sentezi

Değerlendirilen Komponent	Bulgular
Tanı	Tanıda duyarlık %76, özgülük %98 (Guinea- Bissau) (13); tanıların %44'ü kaydedilmekte (G.Afrika) (14); psikoz dışı akıl hastalıklarında düşük farkındalık (G. Afrika)(15)
Psikiyatrik özgeçmiş	Vakaların %89'unda yeterli değerlendirilmiş (G. Afrika)(16)
Tedavi	Acil vakaların %8'inde, uzun süreli tedavi alanların %40'ında uygunsuz reçeteleme (G. Afrika)(16); vakaların %88'inde polifarmasi (G. Afrika) (14); hemşirelerin sadece %10'u değişiklik yapabilmek için kendine güveniyor (G. Afrika) (14); Ghana, Kenya, Tanzanya, Uganda'da istikrarsız medikasyon uygulamaları mevcut.
Psikososyal Terapiler	Rehabilitasyon konusunda kısa eğitimden sonra, modele bağlı kalma 18 ay sonra da devam etti (G. Afrika)(19); rutin uygulamada terapi yapılması sınırlı
Bakım devamlılığı	%15-18 kontrole gelmiyor (G. Afrika)(17); %36'sı 6 ay boyunca görülüyor (G. Afrika)
Personel	Yüksek oranda değişiyor ( G. Afrika, Guinea-Bissau, Tanzanya) (13,15,18)
Süpervizyon	Uzman bulunan servis gerekli bulundu ( Guinea- Bissau) (13)

**Tablo 2** Sahraaltı Afrika'da birinci basamak sağlık hizmetlerinde ruh sağlığı alanında çalışan profesyonellerin ve hizmet alanların görüşlerini değerlendiren çalışmaların sentezi

Değerlendirilen Komponent	Bulgular
<i>Birinci basamak hizmetlerde çalışanların görüşleri</i>	
Ruh sağlığı hizmetlerinde eğitim	Yetersiz
Yeni rollere olan tutum	Katılımcıların %50'sinde artmış stres ( G. Afrika) (21); %84'ü uzmanların sorumluluk alması gerektiği görüşünde (G. Afrika)(21); destek memnuniyetle karşılanmakta ( G. Afrika) (23); yeni rol ile ilgili rezidüel olumsuz tutumlar ( G. Afrika) (23)
Uygulama	%62'si servislerde yetersiz personel olduğunu düşünüyor ( G. Afrika) (23); sosyal yardım için ulaşım/zaman yok ( G. Afrika) (23); %79'u ilaç reçetelemelerinin kısıtlı olduğunu düşünüyor (G. Afrika) (21); psikososyal hizmetlere ihtiyaç duyulduğunun farkındalar fakat uygulamada kısıtlılar (G. Afrika)(24); sınırlı sosyal servis ( G. Afrika)(23)
<i>Hastaların görüşü</i>	
Hizmet Memnuniyeti	Çoğunluk (>%90) memnun fakat siyahi hastaların %50'inden fazlası uzun hastane bakımını tercih etmekte (G. Afrika)(25) ; genel sağlık hizmetlerine entegre olduğunda daha kolay ulaşırlık, daha az damgalanma (G. Afrika) (25) genelde hizmetlerden yüksek memnuniyet (Uganda) (23); ruh sağlığı kliniklerinde genel sağlık problemlerine daha az dikkat edilmesi, fakat genel sağlık hizmetlerine entegre edildiğinde de daha fazla bekleme, daha az devamlılık ve daha az kalite
Semptomlar	Takiplerde hasta ve bakım verenler semptomlarda azalma raporlamış. (Guinea-Bissau)
İşlevsellik	Rehabilitasyondan sonra mesleki/iş hayatında işlevsellikte artma /G. Afrika)(19)
<i>Bakım verenlerin görüşleri</i>	
Bakım sağlamada tutum	Çoğunluk mutlu fakat yüksek oranda gündüz/uzun süreli hastane bakımını tercih etmekte (G. Afrika)(25)
Bakım sağlamada memnuniyet	Genelde yüksek memnuniyet (G: Afrika)(22); devamlılık yok, uzun bekleme süreleri yok (G. Afrika)(22); daha fazla desteğe ihtiyaçları var (26)

Çalışmaların sadece küçük bir kısmı (s:5, %20.8) değerlendirmelerine uygulama öncesi ve sonrası, veya başka bir hizmet modeliyle kıyaslama şeklinde karşılaştırma bileşeni eklemiş olup, yine çok az kısmında randomizasyon kullanılmıştır.

Belirtilen çalışmalarda toplum ruh sağlığı hizmetlerinde, uzman sosyal yardım destek gruplarından, ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonuna kadar çeşitli modeller olduğu dikkat çekmektedir.

Örneğin; birinci basamak sağlık çalışanları ve ruh sağlığı hemşirelerinin birlikte çalıştığı klinikler, ruh sağlığı hemşirelerinin birincil sağlık hizmetlerinde çalışması ve uzmanların destekleriyle birinci basamak ruh sağlığı hizmetlerinde çalışanların önemli derecede ruh sağlığı hizmeti sunması. Bu tür etkinlikler arasında doğrudan karşılaştırmalar az olduğu için bu yaklaşımların yararlılıkları konusunda bilinen azdır (23).

Çalışmaların çoğu birinci basamak sağlık hizmetlerinde-

**Tablo 3** Uzman toplum ruh sağlığı merkezlerini ve merkez ara birimlerini değerlendiren çalışmaların sentezi

Değerlendirilen Komponent	Bulgular
<i>Uzman toplum ruh sağlığı merkezleri</i>	
İlaç reçetelenmesi	Vakaların %9'unda gereksiz polifarmasi (G. Afrika)(28); %12-17 vakada tanıya göre uygunuz reçete (G. Afrika) (28)
Psikososyal müdahale	Çok az bilgi mevcut (G: Afrika) (28)
Sık relapslar için sevk	Nadiren (G. Afrika)(28))
Takip	%43-46 takipten çıkılıyor (G. Afrika) (28); takipler genelde klinik temelli (Botswana) (26)
Servis sağlama	Psikiyatri hemşirelerinin reçete yazması konusunda dar görüşlülük ( G. Afrika) (29); büyük çapta psikiyatrik hemşirelerin biyomedikal yaklaşımları mevcut (Botswana) (26); önlemler, destek, eğitim için minimal kaynak (G. Afrika) (15) değerlendirme için sadece 8-10 dk mevcut (G. Afrika) (29)
Personel	İlçelerde çalışan ruh sağlığı personelleri genel sağlık hizmetlerine aktarıldı (G. Afrika) (15)
<i>Servis ara birimleri</i>	
Devamlılık	Devamlılıkta problem (Ghana) (18)
Servisin yarar-zarar oranı	Guinea- Bissau'da yarar gösterildi (13)
Toplum merkezlerinden sevk	Birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarında kooperasyon eksikliği; toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışanlarının belirsiz rolleri (G. Afrika) (30); toplum gönüllüleri ücret almazlarsa devamlı kalmıyorlar (Uganda)(18); toplum farkındalığını arttırmak için yapılan kampanyalarla artmış tanıtım (Nigeria, Uganda) (23,31)
Bir sonraki basamağa sevk	Ulusal değil de bölgesel servislere artmış sevk (Uganda)(23)
Sosyal Yardım	Güçlü bir sosyal yardım ile sık hospitalize edilen kronik hastaların yatış sürelerinde azalma (33); hizmetten faydalanan kişilerin de katılımıyla hata oranlarında azalmada yüksek başarı (Uganda)(18)

ki ruh sağlığı hizmetlerinin niteliğine, ruh sağlığı bozuklukları hakkındaki becerilere, bilgiye, bu bozuklukların tanısı ve yönetimine odaklanmıştır. Geçmişte, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların ruh sağlığı hizmetleri açısından eğitilmesinin etkinliğini bildiren kendi raporlarının güvenilirliği (sosyal cazibesi olması nedeniyle taraf tutma) ve eğitimin etkisinin ne kadar sürdüğünün değerlendirilmesindeki başarısızlık eleştirilmiştir (12).

Birinci basamak sağlık hizmeti çalışanlarının tuttuğu vaka kayıtları incelendiğinde (17), bazı değerlendirmelerin öznelliği görmezden gelinebilir fakat kayıta alınmış uygulamalar gerçek klinik uygulamalarla tamamen uyuşmamaktadır. Gözlemsel yöntemleri içeren bazı çalışmalar önemli konuların kavranmasını sağlamıştır (20,24). Örneğin, ruhsal bozukluğu olan kişilerle iletişimin duygusal yüküklüğü, birinci basamak sağlık hizmeti çalışanlarının hedefe yönelik biyomedikal hizmet modelini, birinci basamak hizmetleri için uygun görülen bütüncül modele göre daha fazla tercih etmelerine neden olmuştur (24).

Birçok çalışma hasta ve hasta yakınlarının hizmetler hakkındaki memnuniyetini değerlendirmesine rağmen (22), sadece bir çalışma hastanın sosyal problemlerinin sonuçlarını değerlendirmiştir (17). Ayrıca, hastadaki klinik sonuçların standart tanı ve semptom ölçeği kullanılarak değerlendirildiği ve ortaya çıkan yan etkiler ve fiziksel sağlık değişkenlerinin değerlendirildiği çalışmaya rastlanmamıştır.

Çok az çalışma toplum ruh sağlığı hizmetleri uygulamalarının başarılı olması için gerekli hizmet süreçlerini (örneğin, sevk zincirinin etkinliğine dikkat çekmek) değerlendirmiştir (10,30). Birinci basamak sağlık hizmetlerine ruh sağlığı hizmetlerinin başarılı bir şekilde entegre edilebilmesi için gereken süpervizyonun önemi bilindiği halde, birinci basamak sağlık çalışanlarının yeterli ruh sağlığı hizmeti verebilmeleri için gereken süpervizyonun niceliğini ve niteliğini değerlendiren çalışmaya rastlanmamıştır (12). Ruh sağlığı hemşirelerinin bile tanıları gözden geçirmeye, tedavi protokollerini değiştirmeye ve hastaların takipten çıkmalarının önüne geçmek için isteksiz olmaları (27) süpervizyon düzenlemelerinin değerlendirilmesinin önemini vurgulamaktadır.

Ayrıca birinci basamak sağlık hizmetlerinde psikososyal uygulamaların etkilerini değerlendiren çalışmaya rastlanılmamıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin, ciddi ruhsal bozuklukları olan hastalara psikososyal rehabilitasyon uygulamalarını değerlendiren sadece bir çalışmaya rastlanılmıştır, o da non-randomizedir. (19). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde, kısa benzer uygulamaların yapılabilir ve efektif olduğunun anlaşılması veya birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hükümet dışı organizasyonlarla ve toplum temelli organizasyonlarla işbirliği yapabileceklerini anlamaları gelecek araştırmalar açısından önemli bir konudur.

## TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNİN BİLEŞENLERİNİN ELEŞTİREL DEĞERLENDİRİLMESİ

Ülkeler arasında toplum sağlığının anlamı konusunda farklı yorumlar olduğuna dair kanıtlar vardır. Afrika'nın ekonomik düzeyi düşük olan ülkelerinde toplum ruh sağlığı hizmetleri büyük oranda birinci basamak sağlık hizmetleriyle kısıtlıdır. Ruh sağlığı alanında çalışan uzmanlar ise (genellikle psikiyatrlar ve psikiyatri hemşireleri) hastane temelli polikliniklerde hizmet vermektedirler. WHO ve diğerlerinin (23) önerilerine rağmen, uzmanlardan çok azı yerel ruh sağlığı hizmetlerinin koordinasyonu, planlanması, süpervizyonu, hizmet konusunda eğitimleri, karmaşık olgular için konsültasyon, alınacak önlemler ve hizmetlerin tanıtılması gibi etkinliklerin birinci basamak ruh sağlığı hizmetleri tarafından yürütülmesine yardımcı olmaktadır.

Bütünsel yaklaşım, özellikle birincil sağlık hizmetlerine entegre edilmiş toplum ruh sağlığı hizmetlerinden beklenen bir fayda olmasına rağmen, çalışmalar için iç yüzünün bu şekilde olmadığını gösterdi (27,29). Zaman baskısı, güçlü biyomedikal hizmet modeli ve ilaç dışı uygulamalar için kaynakların kısıtlı oluşu ruh sağlığı hizmetlerinin ilaç yazma ve ilaç uygulamaları düzeyine indirgenmesine neden olmaktadır (24).

Tedavi almayan hastaların saptanması ve ruh sağlığı hizmetine kavuşmaları, toplumsal duyarlılık ve sorumluluk olmadıkça başarıya ulaşmaktan uzaktır. Benzer şekilde ruh sağlığı hizmeti almaktan kaçınan hastalarla ilgili strateji olmaksızın, birinci basamak sağlık hizmetleri, ruh sağlığı sorunları olan hastaların ihtiyaçlarına karşılık verme konusunda yeterince esnek olamayacaktır. Ruh sağlığı çalışanlarının Afrika'nın çoğu ülkesinde, bölgesel sağlık merkezlerinde çalışma eğiliminde olması nedeniyle, hastaların evlerine yakın hizmet sunma yetenekleri sınırlıdır. Birkaç ülke bu problemin üstesinden gelebilmek için toplum gönüllülerini eğitime yoluna gitmiştir (18,30). Fakat bu sistemde motivasyonun ve devamlılığın sürdürülmesi zorluğu, gönüllülerin belli bir ücret almadığı da dikkate alındığında hep gündemde kalacaktır (34). Ruh sağlığı hizmetlerinden yararlananların, hizmetlerin tüm toplum kesimlerine ulaştırılması konusunda destek vermeleri başarılı olmaktadır (18).

Toplum temelli sağlık hizmetlerinde geleneksel şifacıların ve dinsel liderlerin rolü çok tartışılan bir konudur (36,37), fakat uygulamada bu durum çok az görülmektedir. Toplum ruh sağlığı merkeziyle bağlantılı çalışan ve danışmanlık sağlayan böyle bir kişi bildirilmişse de, bunun hastalardaki sonuçlarıyla ilgili değerlendirme bulunmamaktadır (18).

Hizmet alanlar ve onlara bakım sağlayanlardan oluşan destek gruplarının, klinik sonuçların iyileştirilmesi, sosyal katılımın geliştirilmesi ve hizmetin iyileştirilmesi için lobi yapmaları açısından potansiyel katkıları birçok çalışmada belirtilmiş ancak değerlendirilmemiştir (38,39).

Bu çalışmada, kaynakların sistematik olarak gözden geçirilmesi yanında, bölge uzmanlarının toplum ruh sağlığı merkezlerindeki deneyimleri anket uygulaması ile de değerlendirilmiştir (3). Tablo 4 ve 5 uygulamadaki zorlukları ve öğrenilenleri özetlemektedir.

**Tablo 4** Afrika'da toplum ruh sağlığı hizmetlerinin uygulanmasında yaşanan zorluklar

- Önceliklerin yarışması
- Toplum katılımında azalma
- Toplum gönüllülerin devamlı çalışmalarına olan güven
- Az finansman
- Ruh sağlığı profesyonellerinin azlığı
- Ruh sağlığına negatif tutum
- Hizmetlerin kalitesi ve personelin becerisine olan ilgi azlığı
- Hizmet eğitimlerinin devamlılığındaki problemler
- Tutarsız psikotrop tedavi uygulamaları
- Geleneksel şifacıları da kapsayan multi-sektörel işbirliği eksikliği
- Hizmetlerdeki ihtiyaç ve isteklerin gündendüne artması

**Tablo 5** Afrika'da toplum ruh sağlığı merkezlerindeki uygulamalarda öğrenilenler

- Yapılabilir
- Sabır, gayret ve kararlılık gerekli
- Var olan sistemi en iyi hale getirebilmek için devamlılık gerekiyor
- Hükümetin bu konudaki sorumluluğu, ruh sağlığı yönergelerinin varlığı ve ruh sağlığı yasaasının bulunması önemli
- Uluslararası destek büyük oranda yardımcı
- Destek için birleşmeyi sağlamak ve bunları tanımlamak için zaman harcamak gerekli
- Hissedarlar arasında işbirliğini sağlamlaştırmak gerekiyor
- Yasal savunma ve toplum grupları yönerge/yasa yapıcılarını etkileyebilir
- Bölgesel düzeyde bir ruh sağlığı koordinatörü gerekli
- Birinci basamak sağlık hizmetlerine süpervizyon önemli
- Düzgün bir planlama önemli
- Gözlem ve değerlendirmelerin entegre edilmesi gerekiyor
- Ruh sağlığının küçümsenmesi ilerlemeye engel olabilir

## AFRİKA BÖLGESİ İÇİN ÖNERİLER

Düşük ve orta gelir düzeyli ülkelerdeki ruh sağlığı merkezlerinin geliştirilmesi konusuna verilen ivme, henüz Afrika'daki bu merkezlerin etkinliğini araştıran değerlendirme çalışmalarına açıkça yansımamaktadır (40,41).

Her şeye rağmen, Afrika'da toplum ruh sağlığı modellerinin başarıyla uygulanması için, WHO tarafından başlatılan yılların çalışma deneyimi ve varolan kanıtlar zemininde önemli bir fırsat bulunmaktadır (42). İlgili kesimlerin ilgisi ve politikacıların isteği varolduktan sonra, günümüze kadarki deneyimlere ve kanıtlara dayanan bilgilerin desteklediği açık mesajlar şunlardır :

- Ruh sağlığını birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre ederken aynı zamanda uzmanların bulunduğu ruh sağlığı merkezlerinin de güçlenmesini sağlamak.
- Yeterli süpervizyon, hizmet içi eğitim ve güvenilir sevk ağları kurulması gibi yollar ile, birinci basamak sağlık hizmetlerinde ruh sağlığı hizmetlerinin devamlılığını sağlamak ve niteliğini arttırmak.
- Psikotrop ilaçların güvenilir bir biçimde tedarik edilmesi için sağlam mekanizmalar geliştirmek
- Birinci sağlık hizmetlerindeki zaman baskısı dikkate alınarak, basit ve yararlı psikososyal uygulamaların ilaç tedavilerine eklenmesini desteklemek.

- Aşağıdaki alanlarda değerlendirme çalışmaları yapmak:
  1. Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri arasındaki ilişkiler ruh sağlığı hizmetlerini nasıl etkilemektedir?
  2. Mevcut hastalardaki klinik ve sosyal sonuçların standart ve sistematik bir şekilde değerlendirilmesi.
  3. Geleneksel tedavi uygulayan şifacılar ve dinsel liderlerle işbirliğini de dikkate alan yenilikçi hizmet modelleri.
  4. Toplum hizmetlerindeki değişik modellerin göreceli maliyet-etkinlik analizleri.

## Teşekkür

Yazarlar sistematik gözden geçirme işlerini yürüten E.Barley'in değerli yardımları için teşekkür etmektedirler. Ayrıca ölçekleri Fransızca'ya çeviren CBM'nin desteğine minnettar olduklarını belirtmektedirler.

## Kaynaklar

1. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008; 7:129-30.
2. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. *World Psychiatry* 2009; 8:65-6.
3. Thornicroft G, Alem A, Dos Santos RA et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9:67-77.
4. Herman AA, Stein DJ, Seedat S et al. The South African Stress and Health (SASH) study: 12-month and lifetime prevalence of common mental disorders. *S Afr Med J* 2009;99:339-44.
5. Prince M, Patel V, Saxena S et al. No health without mental health. *Lancet* 2007;370:859-77.
6. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M et al. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet* 2007;370:878-89.
7. Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007;370:1174.
8. World Health Organization. *Mental health atlas*. Geneva: World Health Organization, 2005.
9. Kigozi F. Integrating mental health into primary health care – Uganda's experience. *Afr J Psychiatry* 2007;10:17-9.
10. Alem A, Jacobsson L, Hanlon C. Community-10. based mental health care in Africa: mental health workers' views. *World Psychiatry* 2008;7:54-7.
11. Ndetei DM. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and perspectives. *World Psychiatry* 2008;7:164-5.
12. Cohen A. *The effectiveness of mental health services in primary care: the view from the developing world*. Geneva: World Health Organization, 2001.
13. de Jong TVM. A comprehensive public mental health programme in Guinea-Bissau: a useful model for African, Asian and Latin- American countries. *Psychol Med* 1996;26:97-108.
14. Couper I, Wright A, van Deventer C et al. Evaluation of primary mental health care in North West province. Final report. Johannesburg: University of Witwatersrand, 2006.
15. Petersen I, Bhana A, Campbell-Hall V et al. Planning for district mental health services in South Africa: a situational analysis of a rural district site. *Health, Policy and Planning* 2009;24:140-50.
16. Sokhela NE. The integration of comprehensive psychiatric/mental health care into the primary health system: diagnosis and treatment. *J Adv Nurs* 1999;30:229-37.
17. Lee T, Freeman M, Vivian W. Evaluation of mental health services in the free state. Part I. Quality of outpatient care. *S Afr Med J* 1999; 89:302-5.
18. BasicNeeds. *Community mental health practice. Seven essential features for scaling up in low- and middle-income countries*. Bangalore: BasicNeeds, 2009.
19. Sokhela NE, Uys LR. The integration of the rehabilitation of psychiatric patients into the primary health care system. *Curationis* 1998;21:8-13.
20. Uys LR. The evaluation of public psychiatric services in three provinces of South Africa. *S Afr Med J* 2000;90:626-30.
21. Lee T, Freeman M, Vivian W. Evaluation of mental health services in the Free State. Part II. Training, attitudes and practices of generalist and psychiatric nurses. *S Afr Med J* 1999;89:306-10.
22. van Deventer C, Couper I, Wright A et al. Evaluation of primary mental health care in North West province – a qualitative view. *S Afr J Psychiatry* 2008;14:52-62.
23. World Health Organization and World Organization of Family Doctors. *Integrating mental health into primary care. A global perspective*. Geneva: World Health Organization and World Organization of Family Doctors, 2008.
24. Petersen I. Comprehensive integrated primary mental health care for South Africa. *Pipedream or possibility?* *Soc Sci Med* 2000;51: 321-34.
25. Freeman M, Lee T, Vivian W. Evaluation of mental health services in the Free State. Part III. Social outcome and patient perceptions. *S Afr Med J* 1999;89:311-5.
26. Freeman M, Lee T, Vivian W. Evaluation of mental health services in the Free State. Part IV. Family burden and perspectives. *S Afr Med J* 1999;89:316-8.
27. Kgosidintsi A. The role of the community mental health nurse in Botswana: the needs and problems of carers of schizophrenic clients in the community. *Curationis* 1996;19:38-42.
28. Lee T, Prince M, Allwood CW. The outpatient care of psychiatric patients in a rural area: Mhala district, Northern Transvaal. *S Afr Med J* 1995;85:571-7.
29. Moosa MYH, Jeenah FY. Community psychiatry: an audit of the services in southern Gauteng. *S Afr J Psychiatry* 2008;14:36-43.
30. Petersen I, Pillay YG. Facilitating community mental health care in South Africa – the role of community health workers in the referral system. *S Afr Med J* 1997;87:1621-6.
31. Eaton J, Agomoh AO. Developing mental health services in Nigeria. The impact of a community-based mental health awareness programme. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43:552-8.
32. Richards DA, Bradshaw TJ, Mairs H et al. Can community volunteers work to trace patients defaulting from scheduled psychiatric clinic appointments? *S Afr Med J* 2007;97:946-7.
33. Botha U, Koen L, Oosthuizen P et al. Assertive community treatment in the South African context. *Afr J Psychiatry* 2008;11:272-5.
34. Thom R. *Mental health services research review final report*. Durban: Health Systems Trust, 2003.
35. Mkhize N, Kometsi M. Community access to mental health services: lessons and recommendations. *S Afr Health Res J* 2008;11: 103-13.
36. Meissner O. The traditional healer as part of the primary health care team? *S Afr Med J* 2004;94:901-2.
37. Robertson BA. Does the evidence support collaboration between psychiatry and traditional healers? Findings from three South African studies. *S Afr Psychiatry Rev* 2006;9:87-90.
38. Makhale MS, Uys LR. An analysis of support groups for the mentally ill as a psychiatric intervention strategy in South Africa. *Curationis* 1997;20:44-9.
39. Adiibokah E. Factors associated with successful establishment of independent mental health self-help groups in West Africa. Presented at the WPA Regional Meeting "Scaling up and reaching down-addressing unmet need for services", Abuja, October 2009.
40. *Lancet Global Mental Health Group*. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet* 2007;370:1241-52.
41. World Health Organization. *mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders*. Geneva: World Health Organization, 2008.
42. Sartorius N, Harding TW. The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care, I: the genesis of the study. *Am J Psychiatry* 1983;140:1470-3.

## 2008-2011 WPA Eylem Planı uygulamaları

Eylül 2008'de Prag'da Genel Kurul tarafından kabul edilen WPA'nın 2008-2011 eylem planı (1,2) etkin bir biçimde uygulanmaktadır. Halen devam eden etkinlikler aşağıda özetlenmiştir.

### WPA-WHO işbirliği

WPA, ICD-10'un gözden geçirilmesi sürecinde, WHO ile işbirliği içindedir (3). Bu işbirliğinin bir parçası olarak, WPA Üyesi Birlikler tüm dünyadaki psikiyatristlerin tanı ve sınıflama hakkındaki tutum ve görüşlerini araştıran bir çalışma yürütmektedir. Bazı WPA Bilimsel Seksiyonları, ICD-10'un gözden geçirilmesi konusunda oluşturulan Çalışma Gruplarına katkıda bulunmaktadır; örneğin, Psikotik Bozukluklar, Kişilik Bozuklukları ve Zihinsel Özürlüler Çalışma Grupları başkanlıklarını ilgili WPA bölümünün görevlileri yürütmektedir.

WPA ve WHO, afetlerin sonucunda ortaya çıkan ruh sağlığı problemlerinin yönetimi için 'eğiticilerin eğitimi' adı altında çalışma grupları düzenlemektedir (örneğin bkz. 4). Ayrıca, yakın geçmişteki bazı önemli acil durumlar ile baş etmek için işbirliği yapmışlardır (örneğin. Gazze, Haiti).

### Yetkinlik merkezleri ile işbirliği içinde WPA burs programı

WPA uluslararası kabul görmüş yetkin psikiyatri merkezleri ile işbirliği içinde, düşük ve orta-düşük gelirli ülkelerden kariyerlerinin erken dönemlerinde olan psikiyatristler için bir yıllık bir burs programı yürütmektedir. Bugün için bu merkezler şunlardır: "Western Psychiatric Institute, University of Pittsburgh, USA" (Koordinatör: D. Kupfer); "the Institute of Psychiatry, London, UK" (Koordinatörler: S. Kapur, M. Prince); "the University of Maryland School of Medicine, USA" (Koordinatör: A. Bellack); "the Mood Disorders Program, Case Western Re-

serve University, Cleveland, USA" (koordinatör: J. Calabrese); the University of Melbourne, Australia" (koordinatör: P. McGorry). Bu programa seçilmiş kişiler öğrendiklerini kendi ülkelerinde uygulayacaklarını taahhüt etmişlerdir.

### WPA'nın finanse ettiği araştırma projeleri

WPA, kariyer olarak psikiyatriyi seçmeyi kolaylaştıran ve zorlaştıran etkenleri; psikiyatri ve psikiyatristleri damgalamaya neden olan etkenleri; kanserli hastalarda depresyon ve demoralizasyonu; ve ciddi ruhsal bozukluğu olan hastalarda fiziksel hastalıkları araştıran projelere fon sağlamaktadır.

### WPA rehberleri

WPA uygulamada büyük önem taşıyan belirli konularla ilgili bir dizi rehber hazırlamaktadır. Bu rehberler *World Psychiatry* dergisinde ve WPA internet sitesinde yayınlanmakta ve birçok dile çevrilmiştir. Rehberlerin içeriği; a) Toplum ruh sağlığı hizmeti uygulamalarında atılacak adımlar, engeller ve kaçınılması gereken hatalar (5); b) Psikiyatri ve psikiyatristlerin damgalanmasının önüne nasıl geçilir? (6); c) Göçmenlerde ruh sağlığı ve ruh sağlığı hizmetleri; ve d) Ciddi ruhsal bozukluğu olan çocuk ve erişkinlerde fiziksel sağlığı koruma ve iyileştirme şeklindedir.

Ayrıca WPA, sağlık hizmetini kullanan kişiler ve onlara bakım verenlerle birlikte en iyi uygulamaların nasıl yapılabileceği konusunda öneriler geliştirmekte (7) ve ciddi ruhsal bozukluğu olan kişilerde fiziksel sağlığı koruma ve iyileştirme ile ilgili eğitim modülleri (8) oluşturmaktadır.

Aynı zamanda, WPA Bilimsel Seksiyonları (örneğin, 9, 10) ve diğer WPA organları tarafından birçok belge (örneğin, 11, 12) yayınlanmaktadır.

### Fiziksel hastalığı olanlarda depresyon konusunda WPA programı

WPA, fiziksel hastalığı olan kişilerde depresyonun yaygınlığı ve seyri konularındaki farkındalığı arttırmayı amaçlayan bir program üzerinde çalışmaya başlamıştır. Depresyon ve diyabet, depresyon ve kardiyovasküler hastalıklar, depresyon ve kanser konularında 3 kitap hazırlanmıştır. Bu kitaplara paralel olarak üç saydam seti hazırlanarak çeşitli dillere çevrilmiş ve WPA web sayfasında yayınlanmıştır.

### WPA basın bültenlerinin oluşturulması

WPA, ruh sağlığıyla ilgili çıkan haberleri basın bülteni şeklinde oluşturmak üzere bir basın ajansını görevlendirmiştir. *World Psychiatry*'de yayınlanan (13) Irak Ruh Sağlığı araştırması ile ilişkili bir basın bülteni *Herald Tribune*, *New York Times* ve *Washington Post* gibi gazeteler başta olmak üzere basında geniş bir yer bulmuştur. Floransa'da yapılan WPA kongresindeki bazı sunumları konu edinen basın bültenleri de *Guardian* ve *Daily Telegraph* gibi bazı gazete makalelerinde yer almışlardır.

### WPA eğitim çalışma grupları

WPA her türlü konuyu içeren, yüksek kalitede, gezici, eğitici çalışma grupları programı uygulamaktadır (örneğin, 14). Ayrıca, genç psikiyatristlerin liderlik ve profesyonellik özelliklerini geliştirmelerine yönelik bir dizi çalışma grubuna katkıda bulunmaktadır.

### WPA Kariyerlerinin Erken Dönemlerindeki Psikiyatristler Konseyi

WPA geçtiğimiz günlerde üye birlik-



ler tarafından atanmış üyelerden oluşan Kariyerlerinin Erken Dönemlerindeki Psikiyatristler Konseyi kurmuştur (15). Konsey, çeşitli etkinliklerinin yanında, psikiyatri eğitimi, psikoterapi eğitimi ve dünyanın çeşitli bölgelerindeki genç psikiyatristlerin eğitimden sonra neler yaptığına dair raporlar/belgeler hazırlayacaklardır.

## WPA Toplantıları

WPA 2009'da, Floransa'da, 9000'den fazla kişinin katıldığı çok başarılı bir Uluslararası Kongre yapmıştır. Son iki yılda, Asya, Afrika, Latin Amerika ve Doğu Avrupa'da, WPA Bölgesel Toplantıları yapılmıştır.

Buenos Aires, Arjantin'de, 18-22 Eylül 2011 tarihlerinde yapılacak olan 15. Dünya Psikiyatri Kongresi, psikiyatrinin çeşitli araştırma ve uygulama alanlarındaki, zamana karşı direnen başarılarımızı (mirasımız) ve günümüzün en çok ümit vaad eden eğilimlerini (geleceğimiz) en önde gelen uzmanların katkılarıyla, genel olarak gözden geçirmemizi sağlayacaktır. Bu kongre için olağanüstü bir bilimsel program oluşturulmaktadır. 24 ana konferans ve 18 ana panel şimdiden kesinleştirilmiştir. Ayrıca, programda, Paneller, Çalışma Grupları, WPA Bilimsel Seksiyon ve Bölge Panelleri, Sözel Sunum Oturumları, Poster Oturumları ve firma destekli etkinlikler yer alacaktır. Öneride bulunmak için Kongre web sitesi ([www.wpa-argentina2011.com.ar](http://www.wpa-argentina2011.com.ar)) ziyaret edilebilir.

## Kaynaklar

1. Maj M. The WPA Action 1. Plan 2008-2011. World Psychiatry 2008;7:129-30.
2. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. World Psychiatry 2009;8:65-6.
3. Maj M. WPA-WHO collaborative activities 2009-2011. World Psychiatry 2009;8:129-30.
4. van Ommeren M, Jones L, Mears J. Orienting psychiatrists to working in emergencies: a WPA-WHO workshop. World Psychiatry 2010;9:121-2.
5. Thornicroft G, Alem A, Dos Santos RA et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. World

- Psychiatry 2010;9:67-77.
6. Sartorius N, Gaebel W, Cleveland H-R et al. WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. World Psychiatry 2010;9:131-44.
7. Herrman H. WPA Project on Partnerships for Best Practices in Working with Service Users and Carers. World Psychiatry 2010;9: 127-8.
8. Maj M. Physical health care in persons with severe mental illness: a public health and ethical priority. World Psychiatry 2009;8: 1-2.
9. Simonsen E, Ronningstam E, Millon T. A synopsis of the WPA Educational Programme on Personality Disorders. World Psychiatry 2008;7:119-25.
10. Deb S, Kwok H, Bertelli M et al. International guide to prescribing psychotropic medication for the management of problem behaviours in adults with intellectual disabilities. World Psychiatry 2009;8:181-6.

11. Sartorius N. The update of the WPA Educational Programme on the Management of Depressive Disorders. World Psychiatry 2008;7:64.
12. Gureje O, Hollins S, Botbol M et al. Report of the WPA Task Force on Brain Drain. World Psychiatry 2009;8:115-8.
13. Alhasnawi S, Sadik S, Rasheed M et al. The prevalence and correlates of DSM-IV disorders in the Iraq Mental Health Survey (IMHS). World Psychiatry 2009;8:97-109.
14. Gureje O. The WPA Train-the-Trainers Workshop on Mental Health in Primary Care (Ibadan, Nigeria, January 26-30, 2009).
15. Fiorillo A, Lattova Z, Brahmabhatt P et al. The Action Plan 2010 of the Early Career Psychiatrists Council. World Psychiatry 2010; 9:62-3.
16. Okasha T. WPA forthcoming scientific meetings. World Psychiatry 2009;8:191-2.

# Haiti'deki deneyimim: kısa bir rapor

## KENT RAVENSCROFT

1961-62 yıllarında, bir yılını, Yale Üniversitesi antropoloji öğrencisi olarak Haiti'de Leogane yakınlarında, bir Vodun papazı ve ailesi ile yaşayarak geçirdim. Ruhun Voodoo büyülerini ele geçirilmesi durumunun içeriğini ve dinamiklerini anlayabilmek için, çocuk yetiştirme yöntemleri, psikososyal gelişim ve ruhsal olarak (cinler/ruhlar ile) ele geçirilme arasındaki ilişkiler üzerinde çalışıyordum.

Deprem felaketi yaşandığında ve ben hâlâ yaşayan bazı arkadaşlarıma ulaştığımda, meydana gelen yıkım ve ölümler beni şaşkına çevirdi, gözyaşlarım oraya gidip yardım etmem için beni Haiti'ye yönlendirdi. Washington Psikiyatri Birliğiyle ilişkiye geçtim ve onlar da beni Haiti konusunda çaba göstermekte olan WPA ile temasa geçirdiler. Ben de onlara Haiti'de ve Creole'de yaşadığım deneyimlerimi içeren kısa bir özgeçmiş gönderdim. Mario Maj hemen yanıtlayarak özgeçmişimin tamamını istedi. Daha sonra *International Medical Corp.* doktorlarından Lynne Jones ve Peter Hughes benimle görüşme yaptılar ve yerleştirilmemi sağladılar.

Bizler Port-au-Prince'e yapılan ilk ticari uçuşta yer alıyorduk ve ben yurt dışından gelip Haiti topraklarına ayak basan ilk çocuk psikiyatristlerinden biriydim. Havaalanından çıkarken Haiti topraklarındaki kaos hiç de güzel değildi. Hala çalışan birkaç sokak lambası, yolun her iki yanındaki, gözünü görebileceği noktaya kadar uzanan yıkılmış binaları ve artçı sarsıntı korkusuyla oluşturulmuş çadır kentler arasına serpiştirilmiş geçici barınakları göz önüne seriyordu. Sokaklar insanlar ile doluydu; bazıları hastabakıcılık, bazıları yağmacılık yapıyor, birçoğu koltuk değneğiyle yürüyordu. Bazıları da ampütasyonlu idi. 200 canın saniyeler içinde yok olduğu yıkılmış hemşirelik okulunun yanından, daha sonra da yana kaymış ve çökmüş cumhurbaşkanlığı sarayının yanından geçtik.

Birkaç gün sonra bir ruh sağlığı ekibi oluşturmak için Petit Goave'ye gönderildim. Askeri psikiyatride yaptığımız gibi, bu kitlesel travmadan sonra yas ve kendini tamir sürecini baltalayan stresi, anksiyeteyi, fobik ve depresif temelli semptomları durdurmak üzerine yoğunlaştık. Kaynağın az, personelin kısıtlı, zamanımızın kısa olması ve insanlara yardım etmek için sıklıkla tek

bir şansımızın olması nedeniyle pratik olmak ve aile, arkadaşlar ve diğer topluluklarla ilişkileri güçlendirmek zorundaydık. Bunun yanında, kısa izlem teknikleri kurmaya çalıştık.

Aynı zamanda temel psikiyatrik ilaç tedavisi öğrettik. Hem öğrettiğimiz kişilerin deneyim düzeyleri hem de kaynaklarımızın çok sınırlı olması nedeniyle bu çok basit bir eğitim olmalıydı. Buna rağmen, tedavi seçeneklerini ve öğretilmesi gerekenleri aktarmak açısından yeterli oldu. Stres psikofizyolojisini akılda tutarak, hastalara hiperventilasyon ve çarpıntı durumunda bir kese içinde geri solma gibi, valsava ve doğum manevraları gibi her yerde uygulanabilir kendi kendilerine yardım müdahale tekniklerini öğrettik. Stres semptomlarının döngüselliklerini araştırdık ve yukarıda bahsedilen manevraları kullanarak bu dönemlerin önlenmesi veya döngüleri kırmak için olumlu imge oluşturma ve progresif relaksasyon tekniklerini kullanma üzerinde durduk. Anksiyete ve fobik kaçınma davranışlarını önleyebilmek için davranışçı terapi, kognitif-davranışçı terapi ve duyarsızlaştırma tekniklerini kullandık. Yasın yaşanmasını engelleyen şeyleri ve aile bağlarını tekrar düzenlemek için kayıplarla ilgili konuşmak üzere gruplar oluşturduk, ödev ve günlük yazma teknikleri kullandık. Bazı rahipler sevilen kişilerin cesetleri bulunamadığında cenaze töreni yapmayı kabul etmemişlerse; aileyi birleştirici ve yasları engellenmiş kişilerin yaslarını yaşamasını sağlayan bu önemli tören için daha açık fikirli

rahiplerin bulunmasını önerdik. Devamlılığı sağlamak için; hemşirelere, doktorlara her şeyin yolunda gittiğini ve ilaçların alındığını göstermek ve klinikleri desteklemek için kısa takip seansları yaptık. Klinik ekibinin desteğinin devamlılığını göstermek, ilaçların düzenli alındığını ve gerekenlerin yapıldığını kontrol edebilmek ve bunların doktorlar ve hemşireler tarafından ödüllendirildiğini gösterebilmek için kısa aralıklarla izlem ziyaretleri yapılmasını sağladık. Haftada bir yapılan bu ziyaretler, Haiti'li doktorların tanılarının doğru olup olmadığını kontrol etmelerini, ilaç uygulamalarının işe yarayıp yaramadığını görmelerini, gerektiğinde ilaç değişiklikleri yapabilmelerini ve destekleyici izlemin ve sürekliliğin değerini görmelerini sağladı.

İlk haftalarda, daha fazla akut vakalar ve doğrudan depremin oluşturduğu travmayla ilgili vakalar görmekteydik. Fakat zaman geçtikçe, akut vaka sayısı azaldı, kronik ve şiddetli vakalar görülmeye başlandı. Bu, depremin üzerinden zaman geçtikçe atlatılacak sürecin bir parçasıydı. Bazı değişiklikler akut stres ve travmanın çözülmesinin doğal sonuçlarıydı, bazıları ise kliniğin hem medikal hem de psikososyal açıdan iyi çalışmasının sonucuydu. Akut vakaları olabildiğince depreme yakalandıkları yerden uzak tutmaya çalışıyorduk; diğer yandan kliniğin varlığı ve ünü çevredeki şeker tarlalarını ve dağları aşılıyor, uzun süreli kronik vakaları kendine çekiyordu. Eminim bu durumun başka açıklamaları da vardır.

Ruh sağlığı klinikleri çalışmaya baş-

ladıktan sonra, önceleri biri iki vaka görür iken, kliniğin ismi yayıldıkça daha fazla hasta sevki yapılmaya başladı. Amacımızın önemli kısmı doktorları ve hemşireleri eğitmek, onların bu konulara ilgisini çekebilmek ve onları rahatlatılabilmek olduğu için doğrudan hizmet verme görevi öncelikli değildi. Bu amaçla, cumartesileri tüm günü çalışma gruplarına ve psikososyal seminerlere ayırmıştım. Ayrıca başlangıçta isteksiz olan Notre Dame Hastanesinin sağlık çalışanlarını; öncelikle bazı asistanlarını bizim seminerlere çağırarak, sonra da hastanedeki personel sıkıntıyla sokağa ağır psikotik bozukluğu olan hastaların tedaviye cevap vermesini sağlayarak, bize birkaç hasta sevk etmelerini başardık. Daha sonra karşılıklı iyi bir ilişki kurduk. Fakat psikiyatri insan gücünün az olduğu durumlarda beklentilerin artması her zaman bir problemdir, bu yüzden işleri yapabilmeleri için Haiti'li personelin eğitimi önemliydi. Sonunda, onlar burada kalacaklar, biz ise bir gün evimize dönecektik. Sonuç olarak, bu tür ruh sağlığı eğitim kliniklerinin merkezleştirilmesi daha masrafsız görülebilir ve düşük oranda hasta bakımı sağlanmasından dolayı da bir lüks gibi algılanabilir. Ancak, öğretmenler ve doktorların aynı acıyı hissedebildiği ve gerçeklikleri görebildiği ve tüm disiplinlerden personelin bunların yapılabildiğini ve sonuç verdiğini gördükleri buna benzer "ön cepelerde" benzeri çalışmaların yapılması her zaman çok önemlidir. Tüm bunlar orada çaba gösteren herkese destek vermektedir.

## **Teşekkür**

**Bu yayını sağladığı sınırsız eğitim fonu ile destekleyen  
DEVA Holding'e teşekkür ederiz.**

---

Bu dergide yer alan yazı, şekil ve tabloların bir bölümü ya da tamamı izinsiz kopyalanamaz ya da basılamaz. Dergiden alıntı yapılacak yayınlarda kaynak gösterilmesi gereklidir. Dergi ve yayıncısı burada yer alan görüş, bilgi, tarif edilen yöntem, ürün ya da yönergelere dair ortaya çıkabilecek herhangi bir olumsuz sonuç konusunda sorumluluk taşımamaktadır; yazıların bilimsel ve etik sorumluluğu yazarlara aittir.

