

Bipolar Bozukluğu Olan Hastalara Yasal Temsilci Atanma Önerisini Etkileyen Sosyodemografik ve Klinik Özellikler



Erhan AKINCI¹, Fatih ÖNCÜ², Can GER³, Mustafa SABUNCUOĞLU⁴,
Anıl KIRMIZI⁵, Nezih ERADAMLAR⁶

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada Adli Psikiyatri Birimine mahkemece vesayet gerekip gerekmediği konusunda rapor düzenlenmesi amacıyla gönderilen bipolar bozukluk tanılı hastaların yasal temsilci atanması kararını etkileyen sosyodemografik ve klinik etmenlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 1 Haziran 2009-31 Aralık 2011 tarihleri arasında mahkemece Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Adli Psikiyatri Birimi polikliniğine yasal temsilci gerekip gerekmediği konusunda rapor düzenlenmesi amacıyla gönderilmiş toplam 78 bipolar bozukluk tanılı hastanın sağlık kurulu raporları, poliklinik takip dosyaları ve yatış dosyaları incelenmiştir. Sosyodemografik ve klinik veri formu için yeterli veriyi karşılayan 70 olgu yasal temsilci (vasi ve yasal danışman) önerilenlerle, yasal temsilci önerilmeyenler şeklinde gruplara ayrılarak istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Olguların % 66'sına (n=46) yasal temsilci atanması önerildiği saptanmıştır. Yasal temsilci atanması önerilen bipolar bozukluk olgularında; başka bir birinci eksen eştanı varlığının, psikotik atak öyküsü varlığının, kötülük görme ve alınma sanrıları varlığının, varsanı varlığının, toplam manik atak ve karma atak sayısının, yaşam boyu toplam atak sayısının, alkol ve madde kullanım sıklığının, toplam yatış sayısı ve süresinin belirgin olarak daha fazla olduğu saptanmıştır. Yasal temsilci atanması olasılığını, birinci eksen eştansının 11 kat, manik atak sayısının 1,3 kat ve karma atak sayısının 2,2 kat arttırdığı belirlenmiştir.

Sonuç: Adli psikiyatri pratiğinde klinisyenlerin, bipolar bozukluğu olan olgular için yasal temsilci atanması ile ilgili değerlendirmelerde; hastalığın seyrine, manik ya da karma atak sayısı ve sıklığı başta olmak üzere toplam atak sayısı ile yatış sayısı ve sürelerine, alkol ve madde kullanımına, ataklara eşlik eden paranoid sanrılar ve varsanılar olmak üzere psikoz varlığına, başka bir birinci eksen eştansına odaklanmalarının önemli olduğu görülmüştür.

Anahtar Sözcükler: Adli Psikiyatri, yasal temsilci, vesayet, bipolar bozukluk

SUMMARY

Clinical and Sociodemographic Characteristics That Affect the Recommendation for Assignment of A Legal Representative in Patients With Bipolar Disorder

Objective: In this study, we aimed to evaluate the clinical and sociodemographic characteristics of patients with bipolar disorder who had been sent to the Forensic Psychiatry Unit by the court in order to determine factors that affected the decision to appoint a legal representative.

Methods: The reports of health council, follow-up outpatient, and hospitalization files of a total of 78 patients with bipolar disorder who had been sent to the Department of Forensic Psychiatry Outpatient Clinic of Bakırköy Mental Health and Neurological Diseases Education and Research Hospital between 1st June 2009-31st December 2011 were examined. Patients had been sent by the court in order to determine whether a legal representative was required. Seventy patients meeting enough to sociodemographic and clinical form were separated as appointment group of legal representative or not and decision variables were compared statistically.

Results: Forty-six patients (66%) were recommended assignment of a legal representative. In the patients with bipolar disorder for whom a legal representative was recommended, the presence of other first axis comorbidity, the presence of psychotic episodes, delusions of persecution and reference, hallucinations, the total number of manic and mixed episodes, incidence of alcohol and substance abuse, lifetime total number of attacks, and the total number and duration of hospitalizations were found to be significantly higher. The probability of assignment of a legal representative was increased 11-fold by the presence of first axis comorbidity, 1.3-fold by the number of manic episodes, and 2.2-fold by the number of mixed episodes were specified.

Conclusion: In the practice of forensic psychiatry, clinicians should focus on the course of the disease, especially the number and frequency of manic or mixed episodes, total number of episodes and hospitalizations, duration of hospitalizations, alcohol and substance use, the presence of episodes accompanied by psychosis with paranoid delusions and hallucinations, and the presence of the other first axis comorbidity in the patient with bipolar disorder for assessment of the decision to appoint a legal representative.

Keywords: Forensic psychiatry, legal representative, guardianship, bipolar disorder

Geliş Tarihi: 22.02.2015 - **Kabul Tarihi:** 27.10.2016

¹Uzm., Psikiyatri Bl., Balıklıgöl Devlet Hastanesi, Şanlıurfa. ²Doç., ³Uzm., Psikiyatri Bl., Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ⁴Uzm., Psikiyatri Bl., Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul. ⁵Uzm., Psikiyatri Bl., Yalvaç Devlet Hastanesi, Isparta.

Dr. Erhan Akinci, e-posta: drehanakinci@yahoo.com

doi: 10.5080/u13514

GİRİŞ ve AMAÇ

Psikiyatrik hastalıklar, adli makamlar tarafından gerekli görüldüğünde, hukuki süreçler içerisinde inceleme ve araştırma konusu olabilmektedir (Sercan 2007). Ceza veya hukuk davasının yargılama sürecinde ya da kişiyi veya toplumu hastalığının olumsuz etkilerinden koruma amaçlı olarak, adli psikiyatrik inceleme ve muayene talep edilebilir. Kişinin ceza sorumluluğunun veya medeni ehliyetinin tayin ve tespiti adli psikiyatrik bilirkişilik değerlendirme sonucuna bağlı olarak adli makamlar tarafından karara bağlanır (Biçer ve ark. 2009, Akgün 1987).

Bireyin hak kazanımının ve hakkın nasıl kullanılacağına koşullarının tanımlandığı, haklarını kullanmada engel ya da kısıtlılık olduğu durumlarda haklarının güvence altına alınmasının temini yurttaşlık hukuku (Medeni Hukuk) ile düzenlenmiştir. Türk Medeni Kanunu'na (TMK) göre ergin olan her bireyin medeni haklardan yararlanma hakkı vardır. Yurttaşlık hakları tüm yurttaşlar için geçerli olup, hukuk düzeni sınırları içinde, temyiz kudreti bulunan ve reşit olan herkes haklara ve yükümlülükler ehlil olmada eşittir (TMK 8). Temyiz kudreti yani ayırt etme gücü kişinin eylemlerinin neden ile sonuçlarını kavrayabilme ve akla uygun olarak hareket edebilme yetisini tanımlar. Kişinin ayırt etme gücünü etkileyen akıl hastalığı veya zayıflığı gibi durumları olanlar, küçükler ve başkasının idaresinde bulunanlar medeni haklarını kullanmaktan yoksundur. Bu durumda, kişilerin medeni hakları mahkemelerce kısıtlanarak haklarını kullanma sorumlulukları kişinin yasal temsilcisine bırakılarak kişi vesayet altına alınır. Vesayet altında olan kişiler adına hukuki işlemler ancak kişinin yasal temsilcisi yani vasisi aracılığı ile yapılır. Tam kısıtlanmasına yani vesayet altına alınmasına yeterli sebepler bulunmayan ergin kişinin fiil ehliyeti, kendi düşüncesi de sorulmak suretiyle, kısmen kısıtlanabilir. Fiil ehliyetini kullanmaktan kısmen yoksun bırakılan kişiye yasal danışman yani müşavir atanır (Kaçak 2007).

Akil hastalığı ya da zayıflığı bulunan bir kişinin medeni haklarının tümüyle elinden alınması, yani vasi tayini hakkındaki TMK'nın 405. maddesi 'Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle işlerini göremeyen veya korunması ve bakımı için kendisine sürekli yardım gereken ya da başkalarının güvenliğini tehlikeye sokan her ergin kısıtlanır' olarak tanımlanmaktadır. Kişiyi vesayet altına alma, bir yandan kişinin haklarını güvence altına alırken diğer yandan kişinin hukuki işlemlerdeki yetkisinin kısıtlanması anlamına gelmektedir. Yasaya göre akıl hastalığı kendi başına vesayet altına alma nedeni değildir. Kişide yukarıda belirtilen diğer koşulların da var olması gerekmektedir. TMK'nın 429. maddesi uyarınca kısıtlanması için yeterli neden bulunmama birlikte korunması bakımından fiil ehliyetinin sınırlandırılması gerekli görülen ergin bir kişiye yasal danışman tayin edilir. Duygudurum bozuklukları başlığı altında tanımlanan bipolar bozukluk gibi epizodik

gidiş gösteren psikiyatrik hastalıklarda ayırt etme gücünün tamamıyla ya da kısmen geri dönüşsüz olarak ortadan kalkması hastalık sürecine ve şiddetine bağlı olarak mümkün olabilir. Bu koşullarda bipolar bozuklukta kişinin korunması bakımından kısıtlanma kararı ve yasal temsilci atanması mahkeme tarafından istenebilir (Kaçak 2007, Özden 2007, Duman ve Göka 2002).

Bu çalışmada, Adli Psikiyatri Birimi polikliniğine mahkemece vesayet ya da yasal danışman atanmasının gerekip gerekmediği konusunda rapor düzenlenmesi amacıyla gönderilen bipolar bozukluk tanısına varılmış hastalarda yasal temsilci atanma kararını etkileyen sosyodemografik ve klinik etmenlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (BRSHH) Adli Psikiyatri Birimi polikliniğine, 1 Haziran 2009 ve 31 Aralık 2011 tarihleri arasında yapılan tüm vesayet ile ilgili başvurular sağlık kurulu arşivinden taranarak aralarından bipolar bozukluk tanısı ile sağlık kurulu raporu düzenlenen hastalar örneklem adayları olarak seçildi. Seçilen örneklem adayları yasal temsilci (vasi tayini ya da yasal danışman tayini) gerekir ve yasal temsilci atanması gerekmez olarak iki farklı gruba ayrıldı. Ayaktan tedavi ünitesi hasta poliklinik takip zarfları ve yatış epikrizleri incelenerek oluşturulmuş olan sosyodemografik ve klinik veri formunu tam olarak karşılayan olgular örneklem olarak ayrıldı. Ayrıca hasta yatış dosyaları incelenerek ya da eksik veri olduğunda bilgileri tamamlamak için telefon ile hastaya veya yakınlarına ulaşılarak eksik veriler tamamlandı. Bu koşullardaki ölçütleri karşılayan 78 olgu ile örneklem grubu oluşturulmuştur. Çalışma ile ilgili gerekli izinler hastane etik kurulu tarafından 16.10.2012 tarih ve 39473 sayılı karar ile onaylanmıştır.

Çalışmamız geriye dönük dosya taraması şeklinde yapılmıştır. Hastaların poliklinik dosyalarındaki, epikriz ya da yatış dosyalarındaki kayıtlardan edinilen bilgiler doğrultusunda oluşturulmuş sosyodemografik ve klinik veri formu kullanılmıştır. Bu formda kullanılan veriler, istatistiksel olarak, bağımlı değişken vasi tayini kararı, bağımsız değişken sosyodemografik ve klinik özelliklere göre sınıflandırılmış ve analiz edilmiştir. Örneklem aday grubundaki 8 olgu verilerindeki eksiklik nedeniyle değerlendirmeye alınmamıştır. Çalışma DSM-IV TR ölçütleri ile sosyodemografik ve klinik veri formunu tam olarak karşılayan 70 olgunun değerlendirilmesi ile tamamlanmıştır.

Hastaların tanıları, DSM-IV TR tanı ölçütlerine göre, en az bir psikiyatri uzmanı tarafından konmuş, ayrıca dört psikiyatri uzmanından oluşan bir sağlık kurulu tarafından değerlendirilmek sureti ile doğrulanmıştır.

Hastaların yasal temsilci atanmasında belirleyici olabileceği varsayımı ile bu araştırmada kullanılmak üzere hazırlanmış sosyodemografik ve klinik değerlendirme için yazarlarca yapılandırılmış 42 soruluk bir form kullanılmıştır.

İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Çalışmamızdaki istatistiksel açıdan verilerin girişinde ve değerlendirilmesinde bilgisayar ortamında SPSS 20.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Sosyodemografik özellikler, birinci ve ikinci eksen tanıları, ilaç kullanımları ve hastalık öykülerine ilişkin değişkenler için tanımlayıcı istatistik hesabı yapılmıştır. Gruplar arası seçilmiş sosyodemografik ve klinik farklılıkları kıyaslamak için niteliksel değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin karşılaştırılmasında ise önce grupların Kolmogorov-Smirnov testi ile normal dağılım gösterip göstermedikleri değerlendirilmiş, bağımsız gruplarda t testi ve tek yönlü varyans analizi testlerinden uygun olan kullanılmıştır. Tek yönlü varyans analizi sonucu anlamlı farklılık çıkması halinde farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının tespiti için TUKEY testi yapılmıştır. Yasal temsilci atanması önerisi ile ilgili görülen değişkenlere lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda $p < 0,05$ olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması $44,8 \pm 13,7$ olarak hesaplanmıştır (min=22, max=77). Yasal temsilci atanması uygun görülen hasta grubunda yaş ortalaması $45,8 \pm 15,81$, yasal temsilci atanmasına gerek görülmeyen gruptaki yaş ortalaması $42,7 \pm 8,61$ saptanmış olup, her iki karar değişkeninde yaş ortalamaları arasında istatistiksel bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Çalışmaya katılan kişilerin %44,3'ü kadın (n=31), %55,7'si erkektir (n=39). Medeni durumlarına bakıldığında %34,3'ü evli (n=24), %11,4'ü bekar (n=8) ve %54,3'ü dul ya da boşanmıştır (n=38). Öğrenim süresi ortalaması $7 \pm 3,68$ olarak hesaplanmıştır (min=0, max=15). Katılanların eğitim durumlarına bakıldığında; %2,9'u okuryazar değil (n=2), %5,7'si okul öğrenimi görmemiş okuryazar (n=4), %51,4'ü ilkokulu (n=36), %15,7'si ortaokulu (n=11), %12,9'u liseyi (n=9) ve %11,4'ü yüksekokulu bitirmiş olduğu görülmüştür. Tüm hasta grubunda öğrenim süresinin yıl üzerinden değer ortalaması $7 \pm 0,8$, yasal temsilci atanmayan grupta $6,7 \pm 3,7$ atanmayan grupta $7,5 \pm 4,1$ olarak ölçülmüştür. Her iki karar değişkeninde öğrenim süresi üzerinden değer ortalamalarının birbirine yakın olduğu ve anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p > 0,05$).

Tüm grubun meslek dağılımı %22,9'u ev hanımı (n=16), %27,1'i serbest meslek (n=19), %7,1'i işçi (n=12), %17,1'i emekli ya da malulen emekli (n=12), %4,3'ü çiftçi (n=3)

ve geriye kalanlar da 'diğer meslek grubu veya mesleği yok' olarak saptanmıştır. Bir işte aktif olarak çalışanlar % 34,3 (n=24), çalışmayanlar ise %65,7 (n=46) oranındaydı. Yasal temsilci atanmayan grupta çalışanların oranı %30,4 (n=14) iken, diğer grupta %41,7 (n=10) saptandı. Vesayet kararı ile çalışma durumu arasında anlamlı düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir ($p > 0,05$).

Yaşam boyu intihar girişim öyküsü olanların oranı %28,6 (n=20), olmayanların oranı ise %71,4 (n=50) olarak belirlenmiştir. İntihar öyküsü bulunan olguların kendi içerisindeki oranları; %44,4'ü ilaç intoksikasyonu ile (n=12), %22,2'si yüksek yerden atlayarak (n=6), %18,5'i kesici delici alet ile (n=5), %7,4'ü ası ile (n=2) ve geriye kalan olgular kendini yakma ve ateşli silah ile intihar girişimi şeklindedir.

Hastaların kullandığı ilaçlara bakıldığında; %23,9 lityum, %19,1 ketiapin, %13,5 valproik asit, %13 olanzapin, %3,9 aripiprazol, %3,9 karbamazepin en çok kullanılan ilaçlar olmakla beraber geriye kalan %8,3 ise farklı psikotrop ilaçlar kullanılmaktadır. Ayrıca hastaların %80'inde bipolar bozukluk tanısı ile izlenmeleri sırasında manik, depresif ya da karma dönemleri esnasında eşlik eden psikotik atak öyküsü vardır. Geriye kalan %20'sinde ise takipleri süresince herhangi bir psikotik atak öyküsü saptanmamıştır. Psikotik atak öyküsü bulunanların %68,6'sında kötülük görme ve alınma sanrıları (n=48), %11,4'ünde büyüklük sanrısı (n=8), %12,9'unda

TABLO 1. Yasal Temsilci Atanması Gereken Grup ile Gerekmeyen Grubun Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması.

		Yasal temsilci (+) Grup N(%)	Yasal temsilci (-) Grup N(%)	P
Vasi Davası Açan	Aile üyesi	28 (77,8)	8 (22,2)	0,026*
	Kamu kurumu	18 (52,9)	16 (47,1)	
Dava nedeni	Boşanma	11 (45,8)	13 (54,2)	0,012*
	Diğer	35 (76,1)	11 (23,9)	
Cinsiyet	Kadın	19 (61,3)	12 (50)	0,329
	Erkek	27 (69,2)	12 (50)	
Aile öyküsü	Var	20 (62,5)	12 (50)	0,394
	Yok	26 (68,4)	12 (50)	
Medeni durum	Eveli	16 (66,7)	8 (33,3)	0,561
	Bekar/dul	30 (65,2)	16 (34,8)	
Öğrenim	Ortaöğretim ve altı lise ve üstü	36 (67,9)	17 (32,1)	0,342
		10 (58,8)	7 (41,2)	
İş durumu	Var	14 (58,3)	10 (41,7)	0,249
	Yok	32 (69,6)	14 (30,4)	
Gelir	Var	26 (65)	14 (35)	0,545
	Yok	20 (66,7)	10 (33,3)	

* $p < 0,05$

TABLO 2. Yasal Temsilci Atanma Kararında 1. Eksen ve 2. Eksen Eştanılarının Karşılaştırılması.

		Yasal temsilci (+) Grup		Yasal temsilci (-) Grup	p	χ^2
		Vesayet önerilen	Yasal danışman önerilen	N(%)		
1. Eksen Eştanısı	Var	12 (70,6)	4 (23,5)	1 (5,9)	0,015*	8,462
	Yok	20 (37,7)	10 (18,9)	23 (43,4)		
2. Eksen Eştanısı	Var	12 (60)	3 (15)	5 (25)	2,304	0,316
	Yok	20 (40)	11 (22)	19 (38)		

*p<0,05

mistik sanrı (n=9) bulunmakla beraber, %27,1 hastada varsanı (n=19) öyküsü tespit edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen olguların; %65,7'sine yasal temsilci (%45,7'si vasi tayini ve %20'si yasal danışman) atanması uygun görülürken (n=46), %34,3'üne yasal temsilci atanmasına gerek olmadığı (n=24) kararına dair sağlık kurulu raporu düzenlenmiştir. Vesayet davasını açan tarafların dağılımı; %48,6'sı kamu kurumu (n=34) ve %51,4'ü aile bireyleridir. Aile bireylerinin dağılımı %22,9'u eşi (n=16), %15,7'si ebeveynleri (n=11), %10'u çocuğu (n=7) ve %2,9'u kardeşi (n=2) şeklindedir.

Davacının bir aile üyesi (ebeveyn, eş veya kardeş) ya da kamu olmasına bakıldığında, her iki grupta da yasal temsilci atanmalar daha çok olmakla birlikte arada anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (p<0,05, $\chi^2=4,787$). Dava açma nedeni incelendiğinde ise boşanma nedeniyle açılan davalarda yasal temsilci atanmayanlar, diğer nedenle (maaş bağlanması, çok para harcama, mal satışı ve kredi çekme gibi) dava açılanlarda ise yasal temsilci atanmalar daha yüksektir (p<0,05, $\chi^2=6,407$).

Ayrıca psikiyatrik hastalık aile öyküsü olan ve olmayanlar, medeni durumu evli ve bekar-boşanmış olanlar, kendine ait geliri olan ve olmayanlar, işi olup olmayanlar, orta öğretim ve altı ile lise ve üstü mezun olanlar, erkek ve kadınlar ile karar değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir (p>0,05) (Tablo 1).

Hastaların %75,7'sinde (n=53) başka bir birinci eksen tanı bulunmazken %24,2'sinde (n=17) BPB dışında da bir birinci eksen tanısı mevcuttur. Bununla birlikte hastaların %71,4'ünde (n=50) ikinci eksen tanı mevcut değilken, %28,6'sında (n=20) BPB ile birlikte ikinci eksen tanısı da mevcuttur. Çalışmaya dahil edilen hastalarda öne çıkan eştanılı birinci eksen psikiyatrik tanı alkol ve madde kullanımı bozukluklarıdır [%18,6 (n=13)]. Bunlarda karışık alkol ve madde kullanımı %8,6 (n=6) ile tek başına alkol kötüye kullanımı %7,1 (n=5) eştanı

TABLO 3. Yasal Temsilci Atanması Kararında Ataklardaki Psikotik Özelliklerin Karşılaştırılması.

		Yasal temsilci (+) Grup		Yasal temsilci (-) Grup	P	χ^2
		N(%)	N(%)	N(%)		
Psikotik atak öyküsü	Var	40 (87)	16 (66,7)	0,044*	4,058	
	Yok	6 (13)	8 (33,3)			
Varsanı	Var	17 (37)	2 (8,3)	0,011*	6,534	
	Yok	29 (63)	22 (91,7)			
Sanrı	Var	38 (82,6)	15 (62,5)	0,063	3,468	
	Yok	8 (17,4)	9 (37,5)			
Kötülük görme ve alınma sanrısı	Var	36 (78,3)	12 (50)	0,016*	5,845	
	Yok	10 (21,7)	12 (50)			
Mistik sanrı	Var	5 (10,9)	4 (16,7)	0,492	0,473	
	Yok	41 (89,1)	20 (83,3)			

*p<0,05

olarak öne çıkmaktadır. İkinci eksen eştanı olarak %14'ünde kişilik bozukluğu (n=10) ve %13'ünde sınır veya hafif zeka geriliği (n=9) olduğu görülmüştür. Kişilik bozukluğu tanılarında antisosyal ve paranoid kişilik bozuklukları öne çıkmaktadır. Yasal temsilci atanması kararının psikiyatrik eştanı açısından karşılaştırılmasında, BPB dışında başka bir birinci eksen tanısının olması ile karar değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık (p<0,05, $\chi^2=6,461$) tespit edilmiştir. BPB dışında başka bir birinci eksen psikiyatrik tanının bulunması ile kısıtlanma karar oranlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık (p<0,05, $\chi^2=6,461$) tespit edilememiştir (p>0,05) (Tablo 2).

Karar değişkenleri ile psikotik bulguların analizinde; psikotik atak öyküsü (p<0,05, $\chi^2=4,058$), kötülük görme ve alınma sanrıları (p<0,05, $\chi^2=5,845$), büyülenme sanrıları (p<0,05, $\chi^2=4,712$) ve özellikle de varsanı (p<0,05, $\chi^2=6,534$) ile karar değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Her iki grup arasında kötülük görme ve alınma sanrıları anlamlı olsa da sanrı varlığı genel olarak tek başına anlamlı değildi (p>0,05, $\chi^2=3,468$). Hastalık süresince psikotik epizod öyküsünün, varsanılarının, kötülük görme ve alınma sanrılarının varlığında kısıtlanma karar oranlarının istatistiksel olarak arttığı görülmüştür (Tablo 3).

Yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre vesayet önerilen, yasal danışman önerilen ve yasal temsilci gerekmeyen hastalar arasındaki karşılaştırmada; toplam yatış sayısı (p<0,01), toplam yatış günü (p<0,01), toplam atak sayısı (p<0,05), toplam manik atak (p<0,01) ve toplam karma atak (p<0,05) değişkenleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (Tablo 4). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının tespiti için yapılan TUKEY testi sonuçlarına göre toplam yatış sayısı, toplam yatış süresi için; vasi tayini gerekmeyen bireylerin ortalaması diğer iki gruptan

TABLO 4. Yasal Temsilci Atanması Kararında Yatış ve Atak Sayılarının Karşılaştırılması.

	Yasal temsilci (+) Grup		Yasal temsilci (-) Grup	P	F
	Vesayet önerilen	Yasal danışman önerilen			
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Toplam yatış sayısı	5,47±3,80	5,64±3,18	2,83±2,76	0,009*	5,079
Toplam yatış süresi (gün)	79,75±51,5	90,8±63,15	43,13±39,67	0,008*	5,231
Toplam atak sayısı	9,50±8,57	7,35±4,68	4,91±3,43	0,039*	3,406
Toplam manik atak	6,41±5,36	4,78±3,26	2,50±2,39	0,004*	6,034
Toplam karma atak	1,91±2,88	0,93±1,73	0,38±0,82	0,033*	3,585
Toplam depresif atak	2,31±3,35	2±2,83	2,46±2,83	0,907	0,098

*p<0,05, Ort±SS: Ortalama ± standart sapma.

anlamli derecede farklı ve düşük olduğu görülmüştür. Vesayet önerilen ile yasal danışman önerilen hastaların ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmamaktadır. Toplam atak sayısı, toplam manik atak sayısı ve toplam karma atak sayısı için; vasi tayini gereken hastalar ile vasi tayini gerekmeyen hastaların ortalamaları arasındaki fark anlamlı olup, diğer gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmamaktadır.

Açıklayıcı değişken olarak dava nedeninin ailevi olup olmadığı, davacının aile olup olmadığı, başka 1. eksen eştanısının olup olmadığı, psikotik, manik, depresif ve karma atak sayılarını aldığımızda kurulan lojistik regresyon modeli ileri derecede anlamlı ($\chi^2=32,233$, $p<0,001$) bulunmuştur. Bipolar bozukluk dışında başka bir 1. eksen eştanısının olması (11 kat), manik atak sayısının artması (1,3 kat) ve karma atak sayısının artmasının (2,2 kat) üç ayrı ve bağımsız değişken olarak yasal temsilci atanması olasılığını önemli derecede arttıran etmenler olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 5).

TARTIŞMA

Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma, ülkemizde bipolar bozukluk hastalarında yasal temsilci atanmasına etki eden etmenleri değerlendiren ilk çalışmadır. Çalışmamızda özet olarak; olgulara yasal temsilci atanması ile ilgili önerilerde cinsiyet, eğitim, medeni durum, iş yaşamı, sosyal güvence gibi sosyodemografik değişkenler açısından farklılık olmadığı, yasal temsilci atanması önerilen olgularda klinik olarak psikotik epizod öyküsünün, kötülük görme ve alınma sanrılarının ve varsanılarının belirgin olarak daha fazla olduğu, yasal temsilci atanması önerilen olgularda klinik olarak toplam manik atak sayısının, toplam karma atak sayısının, yaşam boyu toplam

TABLO 5. Ailenin Dava ile İlişkinin ve Bazı Klinik Durumların Yasal Temsilci Atanması Üzerine Etkileri

	β	S.E.	p	OR	CI %95
Dava nedeni (Ailesel: var/yok)	-0,783	0,849	0,356	0,457	0,087-2,411
Davacı (Aile: var/yok)	-0,460	0,862	0,594	0,632	0,117-3,418
1. Eksen Eştanısı (var/yok)	2,397	1,161	0,039*	10,990	1,130-106,866
Psikotik atak sayısı	0,022	0,783	0,978	1,022	0,220-4,739
Manik atak sayısı	0,298	0,129	0,021*	1,347	1,046-1,734
Depresif atak sayısı	-0,128	0,145	0,378	0,880	0,662-4,496
Karma atak sayısı	0,809	0,354	0,022*	2,245	1,121-4,496

*p<0,05

atak sayısının belirgin olarak daha fazla olduğu, ayrıca kronik seyirin daha belirgin olduğu ve toplam yatış sayısı ve süresinin belirgin olarak daha fazla olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda, BRSHH adli psikiyatri birimine kısıtlanma değerlendirmesi için başvurusu yapılan hastaların %44'ünün kadın, %56'sının erkek olduğu saptanmıştır. Literatürde, BPB görülme sıklığının kadın ve erkeklerde eşit oranda olduğu belirtilmektedir (Yazıcı 2007, Sadock ve Sadock 2007). Çalışmamıza katılan adli psikiyatri olguları arasında da cinsiyet farklılığı anlamlı oranda görülmemiştir.

Çalışmamızda hastaların %34'ünün evli, %11'inin bekar, %54'ünün boşanmış, boşanmak üzere ayrı ya da dul olduğu saptanmıştır. Aile parçalanması (ayrılma ya da boşanma) oranı normal nüfusa göre BPB hastalarında daha siktir (Sadock ve Sadock 2007, Sanchez ve ark. 2009, Szádóczy ve ark. 1998). Boşanma öyküsü olan kişilerde bipolar bozukluk oranı, hali hazırdaki medeni durumlarından bağımsız olarak, boşanma öyküsü olmayan evlilere göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Williams ve ark. 2006). Çalışmamızda bulunan sonuçlar, bipolar bozukluk hastalarındaki yüksek boşanma oranını literatür ile uyumlu olarak yansıtmaktadır. Çalışmamıza katılan olguların bir kısmının mahkeme tarafından boşanma davası nedeni ile tarafımıza yönlendirilmiş olması, çalışmamızın bu yöndeki sonuçlarının etmeni olabileceği gibi, aile parçalanmasının bir göstergesi de sayılabilir. Çalışmamızda vesayet için başvurusu yapılan olgularda vasi davası açan tarafın %49'unun kamu kurumu, %23'ünün eş, %10'unun baba, %6'sının anne, %10'unun çocuk ve %3'ünün kardeş olduğu saptandı. Vasi davası açanlar ve dava nedenleri arasında kamu kurumu öne çıkmaktadır. TMK'da 'Görevlerini yaparlarken vesayet altına alınmayı gerekli kılan bir durumun varlığını

öğrenen idari makamlar, noterler ve mahkemeler, bu durumu hemen yetkili vesayet makamına bildirmek zorundadır' ibaresi mevcuttur (TMK 405). Ayrıca koruma amacı ile özgürlüğün kısıtlanması ve zorunlu tedavi hallerinde (TMK 432) vesayet ihbarı ile vesayet makamı tarafından vasi davası açılabilir. Medeni kanun kapsamında vesayet makamı yani sulh hukuk mahkemeleri dava açan taraf olabilir (Sercan 2007, Aral ve ark. 2012). Çalışmamızda dava açan tarafın kamu kurumu olması, TMK kapsamındaki maddelere istinaden yüksek bulunmuş olabilir. Ancak, bu durum ile vesayet ilişkisinin daha ileri araştırmalarla belirginleştirilmesi gerekmektedir.

Geçirilen atak sayılarının fazlalığı, sıklığı, karma atakların olması ve hastalığın kronik gidişi BPB'de kötü prognoz belirteçleridir (Angst ve Sellaro 2000, MacQueen ve ark. 2000, Cusin ve ark. 2000). Hastalık dönemleri tekrarladıkça işlevsellikte ilerleyici bozulmalar görülür (APA 2000). Goldberg ve arkadaşları (1995), bipolar bozukluk hastalarında atak sayısı ile kötü prognoz arasında güçlü bir bağ olduğunu belirtmektedir. Ayrıca geçirilen atak sayısının fazlalığı hastaneye yatış sayısını da arttırmaktadır. Çalışmamızda, manik atak ve karma atakların karar grupları arası değerlendirilmesinde, vasi atanması uygun görülen hastalarda anlamlı bir yükseklik görülmüştür. Yaşam boyu geçirilmiş toplam atak sayısı, manik atak ve karma atak sayısı vasi atanması uygun görülen grupta diğer gruplara göre belirgin olarak daha fazlaydı. Hastaneye yatış sayısı ve süresinde de vasi tayini gerekmeyen bireylerin ortalaması diğer iki gruptan anlamlı derecede farklı ve düşük bulundu. Buradan yola çıkılarak, vasi tayini gerekmeyen grubun takiplerinin daha çok ayaktan yapıldığı söylenebilir. Bipolar bozukluğu olan hastalarda atak sayısının fazla ve sık döngülü olmasının kısıtlanma kararında önemli olduğu literatürde de belirtilmektedir (Sercan 2007, Özden 2007, Balcıoğlu ve Başer 2008, Hua ve ark. 2011).

Bipolar bozukluğun prognozunda ataklar esnasında psikotik tablonun olması kötü prognoz lehinedir. Psikotik belirtilerin olduğu duygudurum bozukluklarının tedavi uyumunun, atak sıklığının ve hastaneye yatış oranlarının daha fazla olduğu (Hua ve ark. 2011, Yen ve ark. 2003), daha kötü gidiş gösterdiği ve psikososyal işlev kaybının daha fazla olduğu belirtilmektedir (Tuncer 2001, Soysal 2012, Dunayevich ve Keck 2000). Psikotik belirtilerin içeriği manik özellikler taşıyor ise 'duygudurum ile uyumlu' psikotik maniden söz edilir (Yazıcı 2007). Duygudurum ile uyumsuz yani megalomanik olmayan psikotik belirtilerin varlığı kötü gidiş ile ilişkili etmenlerden biridir (Tsuang ve Stone 2002). Çalışmamızda yasal temsilci atanması uygun görülen olgularda klinik olarak psikotik epizod öyküsünün, kötülük görme ve alınganlık sanrılarının özellikle de varsanların istatistiksel olarak daha fazla olduğu saptandı. Sanrılarının varlığı genel olarak tek başına anlamlı bulunmamış olsa da, çalışmamızın sonuçlarına göre kötülük görme sanrılarının varlığı yasal temsilci atanmasında belirleyici etmenlerdendir. Bu doğrultuda, çalışmamızda tespit edilen

veriler genel olarak değerlendirildiğinde; atakların sıklığının, biçiminin ve bazı psikotik özelliklerin eşlik etmesinin hastalığın gidişatını olumsuz etkilediğini, hastaneye yatış sayısını arttırdığını ve kısıtlama kararında bu değişkenlerin etkisinin olabileceği söylenebilir. Çalışmamızın verileri bu bakımdan literatür ile de uyumluluk göstermektedir.

BPB hastalarında eşanlı psikiyatrik bozuklukların hastalığın gidişatını ve tedavi cevabını olumsuz etkilediği, epizod şiddetini, sayısını ve hastane yatış süresini artırdığı literatürde belirtilmektedir (Krishnan 2005, Cassidy ve ark. 2001, Merikangas ve ark. 1996). BPB için yasal temsilci kararında, eşanlı psikiyatrik bozuklukların da karar açısından değerlendirilmesi önemlidir. Eşlik eden psikiyatrik hastalık ve madde kullanımı gibi özellikler, her bir olguda ayrıca değerlendirilmelidir (Türkcan 2007, Soysal 2012). BPB'de eşanlı alkol ve madde kullanım bozuklukları oldukça sık görülmektedir (Levin ve Hennessy 2004, Strakowski ve ark. 2000). Alkol ve madde kullanımı olanlarda BPB'un daha erken başlangıçlı ve daha şiddetli bir seyir gösterdiğine dair veriler mevcuttur (Strakowski ve ark. 2000, Brady ve Sonne 1995). Çalışmamıza dahil edilen hastalarda alkol ve madde kullanımı psikiyatrik eşanı olarak öne çıkmaktadır. BPB'de alkol ve madde kullanımı sıklığını göstermek açısından ve kısıtlanma kararında belirleyici faktörlerden olabileceğine dair elde ettiğimiz veriler literatür ile uyumlu bulunmuştur.

BPB tanısı ile izlenen hastalarda kişilik bozukluğu ek tanısı hastalığın olumsuz gidişini zorlayan bir faktör olarak tanımlanmış kalıntı belirtilerin sıklığının artması ve sağaltıma daha kötü tepki ile ilişkilendirilmiştir (George ve ark. 2003, Bieling ve ark. 2003). Genel olarak birçok psikiyatrik hastalık zeka geriliği (ZG) ile birlikte bulunabilir. Orta ve ağır ZG olgularında eşlik eden psikiyatrik tanılarının tanısı ve ayırt edilebilmesi oldukça güçtür (Eaton ve Menolascino 1982, Campbell ve Malone 1991). Psikiyatrik bozukluklar ZG'ye yol açan organik beyin hasarına bağlı gelişebilir. Ayrıca düşük entelektüel kapasite, stresle başa çıkabilme ve psikososyal sorunları çözebilme becerilerini de olumsuz yönde etkiler (Bouras 1994). Buradan yola çıkarak BPB'ye eşlik eden sınır zekaya da hafif ZG tanısının bulunmasının hastalık sürecini kötüleştirebileceği öngörülebilir. Oysa çalışmamızda, başta kişilik bozukluğu ve sınır-hafif ZG olmak üzere, ikinci eksen tanısının varlığı ile karar değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma tespit edilememiştir. Bu açıdan elde edilen verilerin literatür ile uyumlu bulunamadığı söylenebilir. Ancak, hastaların önceki poliklinik ve yatış dosyalarındaki tanılar ile psikometrik inceleme raporlarının daha çok birinci eksen tanılara yönelik olması ya da ZG'nin kendi başına vesayet nedeni olarak adli psikiyatrik süreçlerde değerlendiriliyor olması bu uyumsuzluğun nedeni olabilir.

Çalışmamızın bazı yönetsel kısıtlılıkları vardır. En önemli kısıtlılık, geriye dönük olarak dosya taraması şeklinde yapıyor olması nedeniyle hastalar ile ilişkili değerlendirmelerin

dosyalardaki verilerle sınırlı kalmasıdır. Bu açıdan bakıldığında hastalar ile yüz yüze görüşmeler, geriye yönelik elde edilen verilere olumlu katkılar sağlayabilir. Ayrıca istatistiksel değerlendirmede, örneklem sayısının bazı değişkenlerin gruplar arası dağılımında yetersiz kaldığı görülmüştür. Örneklem sayısının daha geniş tutulması ile değerlendirilemeyen değişkenler de çalışmaya dahil edilebilirdi.

Bu çalışma sonuçlarına göre, klinisyenlerin bipolar bozukluğu olan olgularda yasal temsilci atanması ile ilgili değerlendirmelerde; başka birinci eksen eştanısına, hastalığın seyrine,

manik ya da karma atak sayısı ve sıklığı başta olmak üzere toplam atak sayısı ile yatış sayısı ve sürelerine, alkol ve madde kullanım bozukluklarına (kötüye kullanım veya bağımlılık), varsanlar ve kötülük görme sanrıları başta olmak üzere psikotik epizodların varlığına odaklanmalarının önemli olduğu görülmüştür. Ayrıca adli olguların sosyal işlevselliklerinin ve hastalık seyrinin değerlendirme ölçekleriyle yapılmasının ve hukuki ehliyet değerlendirmesinde ölçek kullanılmasının bundan sonra yapılacak çalışmalarda daha ayrıntılı verilere ulaşmada yardımcı olacağı sonucuna varılmıştır.

KAYNAKLAR

- Akgün N (1987) Adli Psikiyatri, Ankara.
- American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Angst J, Sellaro R (2000) Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 48:445-57.
- Balcıoğlu İ, Başer SZ (2008) Türkiye'de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar hekimlerin karşılaştığı adli ve psikiyatrik problemler. *Sempozyum Dizisi* 62:41-48.
- Biçer Ü, Tırtıl L, Kurtaş Ö, Aker T (2009) Adli Psikiyatri. *Klinik Gelişim Dergisi (Adli Tıp Özel Sayı)* 22:126-32.
- Bieling PJ, MacQueen GM, Marriot MJ, Robb JC, Begin H, Joffe RT, Young LT (2003) Longitudinal outcome in patients with bipolar disorder assessed by life-charting is influenced by DSM-IV personality disorder symptoms. *Bipolar Disord* 5:14-21.
- Bouras N (1994) *Mental Health in Mental Retardation: Recent Advances and Practices*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Brady KT, Sonne SC (1995) The relationship between substance abuse and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 56:19-24.
- Campbell M, Malone RP (1991) Mental retardation and psychiatric disorders. *Psychiatr Serv* 42:374-9.
- Cassidy F, Ahearn EP, Carroll BJ (2001) Substance abuse in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 3:181-8.
- Cusin C, Serretti A, Lattuada E, Mandelli L, Smeraldi E (2000) Impact of clinical variables on illness time course in mood disorders. *Psychiatry Res* 97:217-27.
- Duman ÖY, Göka E (2002) Yeni Türk Medeni Yasası ve psikiyatri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi* 10:25-32.
- Dunayevich E, Keck PE Jr (2000) Prevalence and description of psychotic features in bipolar mania. *Curr Psychiatry Rep* 2:286-90.
- Eaton LF, Menolascino FJ (1982) Psychiatric disorders in the mentally retarded: types, problems, and challenges. *Am J Psychiatry* 139:1297-303.
- George EL, Miklowitz DJ, Richards JA, Simoneau TL, Taylor DO (2003) The comorbidity of bipolar disorder and axis II personality disorders: prevalence and clinical correlates. *Bipolar Disord* 5:115-22.
- Goldberg JF, Harrow M, Grossman LS (1995) Course and outcome in bipolar affective disorder: a longitudinal follow-up study. *Am J Psychiatry* 152:379-84.
- Hua LL, Wilens TE, Martelon M, Wong P, Wozniak J, Biederman J (2011) Psychosocial functioning, familiarity, and psychiatric comorbidity in bipolar youth with and without psychotic features. *J Clin Psychiatry* 72:397-405.
- Kaçak N (2007) *Yeni İçtihatlarla Türk Medeni Kanunu (2. Baskı)*. Ankara, Seçkin Yayıncılık.
- Krishnan KR (2005) Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. *Psychosom Med* 67:1-8.
- Levin FR, Hennessy G (2004) Bipolar disorder and substance abuse. *Biol Psychiatry* 56:738-48.
- MacQueen GM, Young LT, Robb JC, Marriott M, Cooke RG, Joffe RT (2000) Effect of number of episodes on wellbeing and functioning of patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 101:374-81.
- Merikangas KR, Angst J, Eaton W, Canino G, Rubio-Stipec M, Wacker H, Wittchen HU, Andrade L, Essau C, Whitaker A, Kraemer H, Robins LN, Kupfer DJ (1996) Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorders and substance misuse: Result of an international task force. *Br J Psychiatry (Suppl.30)*:58-67.
- Özden SY (2007) Adli Psikiyatri. 3P Pharma Publication Planning, İstanbul.
- Sadock BJ, Sadock VA (2007) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8. Baskı, Cilt 2, Bölüm 13: Duygudurum Bozuklukları (Çev. Ed. H Aydın, A Bozkurt). Güneş Kitabevi, İstanbul 2007.
- Sanchez J, Martinez A, Tabarés R, Torrent C, Vieta E, Ayuso-Mateos JL (2009) Functioning and disability in bipolar disorder: An extensive review. *Psychother Psychosom* 78:285-97.
- Sercan M (2007) *Yurttaşlık Hukukunda (Medeni Hukuk) Adli Psikiyatri*. Sercan M (Ed.). Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu. Türkiye Psikiyatri Derneği, Tuna Matbaacılık, Ankara.
- Soysal H (2012) Adli Psikiyatri. Özgür Yayınları, İstanbul.
- Strakowski SM, DelBello MP, Fleck DE, Arndt S (2000) The impact of substance abuse on the course of bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 48:477-85.
- Szódóczky E, Papp Zs, Vitrai J, Rihmer Z, Füredi J (1998) The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary: Results from a national epidemiologic survey. *J Affect Disord* 50:153-62.
- Tsuang MT, Stone WS (2002) Understanding outcome differences in bipolar disorder. Maj M, Akiskal HS, López-Ibor JJ, Sartorius N (Ed). *Bipolar Disorder*, New York, John Wiley&Sons Ltd, s.152-4.
- Tuncer ET (2001) *Duygudurum Bozukluklarının Adli Yönü*. Duygudurum Dizisi 4:198-203.
- Türkcan S, Yeşilbursa D (2007) Adli Psikiyatri. Köroğlu E, Güleç C (Ed), *Psikiyatri Temel Kitabı (2. Baskı)*, Ankara, Hekim Yayın Birliği, s.937-44.
- Ünal M, Aral F, Başpınar V, Ozanoğlu HS (2012) *Medeni Hukuk Pratik Çalışmaları*, 8. Baskı. Ankara, Yetkin Yayınları.
- Williams DR, Neighbors HW (2006) Social perspectives on mood disorders. Stein DJ, Kupfer DJ, Schatzberg AF (Ed) *The American Psychiatric Publishing Textbook of Mood Disorders*, Washington DC, American Psychiatric Publishing Inc, s.145-58.
- Yazıcı O (2007) *Bipolar-1 ve bipolar-2 bozuklukları*. Köroğlu E, Güleç C (Ed.), *Psikiyatri Temel Kitabı (2. Baskı)*, Ankara, Hekim Yayın Birliği, s.265-78.
- Yen CF, Chen CS, Yeh ML, Yang SJ, Ke JH, Yen JY (2003) Changes of insight in manic episodes and influencing factors. *Compr Psych* 44:404-8.