

1 Psikiyatri Zirvesi

2 – 6 Mart 2016

Cornelia Diamond Hotel
Belek, Antalya

8 Ulusal
Anksiyete
Kongresi



Nörobiyolojiden Pratiğe Güncellemeler:
Usta Dokunuşlar

Konuşma Metinleri ve Bildiri Özetleri

www.psikiyatrizirvesi2016.org

BİLİMSEL SEKRETERYA

Psikiyatri Bilimleri ve Araştırmaları Derneği

E-mail : bilimsel@psikiyatrizirvesi2016.org



KONGRE SEKRETERYASI

Serenas Uluslararası Turizm Kongre Organizasyon A.Ş.

Turan Güneş Bul. 5. Cad. No: 13 Yıldız 06550 Çankaya – Ankara

Tel : +90 312 440 50 11

Faks : +90 312 441 45 63

E-posta : info@psikiyatrizirvesi2016.org

İçindekiler

Önsöz	V
Kurullar	VI
Bilimsel Program	VII
Konuşma Metinleri	1
Sözel Bildiriler	153
Poster Bildirileri	197
Yazar Dizini	241

Önsöz

Değerli Meslektaşlarımız,

Psikiyatrinin gündeminin farklı boyutları ile ele alınmasını hedeflenen bu kongrede psikiyatrinin önde gelen bilim insanlarının önemli araştırmalarını paylaşacakları ,klinik ve psikiyatrik uygulamalarda güncelleştirmemizi kolaylaştıracak dinamik oturumların olacağı bir program yer almaktadır.

Toplantının katılımcıları toplantılar yoluyla psikiyatri ve nörobilimde yeni çalışmaları gözden geçirebilecekler ve bilgilerindeki boşlukları doldurabileceklerdir.Klinik psikiyatride yeni bilgi ve beceriler edinerek hasta bakım kalitelerini yükseltebileceklerdir.Klinik uygulamalara yeni bilgileri nakletmemizde ki bariyerler belirlenerek ortadan kaldırılacak ve ülkemize uyumlu bir şekilde neler yapılabileceği gözler önüne serilecektir.

Tedavi seçenekleri arasında sağlıklı değerlendirmeler yapılabilmesi çok önemlidir. Kongre programı bu konuda bilim ışığında sağlıklı tedavi seçeneklerini bulabilmek için gerekli oturumlar ve çalışma grupları sağlayacaktır. Kişilerin oturumlara aktif katılımını sağlamak için düzenlemeler yapılacaktır.Ruh sağlığını hizmetini ulaştırmaktaki engelleri tanımak ve çözüm yollarını üretmek ana eğitim amaçlarından bir tanesidir.

Şizofrenik bozukluk , bipolar bozukluk , depresyon ve ADHD toplantılarda her yönüyle ele alınacaktır. Bağımlılık ve yeni çözümler , major psikiyatrik hastalıklar ve eştanılık , yeni tedavi modelleri ve bilimsel temelleri diğer hedeflerdendir. Anksiyete bozuklukları programında özel yerini koruyacaktır.

Çalışma gruplarında glutamat , yönetsel işlevler ,beyin görüntülemesi gibi daha önce ele alınmamış konular ele alınacak psikofarmakoloji ve psikoterapi seçenekleri ile çalışma grupları da toplantıda doyurucu şekilde yer alacaktır.

Kongre 2 – 6 Mart 2016 tarihlerinde Belek, Antalya’da düzenlenecektir. 2007 yılında kurulmuş bulunan Psikiyatri Bilimleri ve Araştırmaları Derneği ortaklığı ile kongre düzenlenecek olup verebileceğiniz desteklerle daha zengin bir organizasyon hedefliyor ve siz değerli meslektaşlarımızın kongremize katılımını bekliyoruz.

Saygılarımızla,

Prof. Dr. Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU

Kongre Başkanı

Prof. Dr. Nesrin DİLBAZ

Kongre Başkanı

Kurullar

Düzenleme Kurulu

Kongre Başkanı

Prof. Dr. Nesrin DİLBAZ, Prof. Dr. Ögüz KARAMUSTAFALIOĞLU

Genel Sekreterler

Yrd. Doç. Dr. Cemal Onur NOYAN

Doç. Dr. Gül ERYILMAZ

Bilimsel Kurul

Abdullah Akpınar
Abdullah Atlı
Abdurrahman Altındağ
Abdülkadir Çevik
Adnan Cansever
Ahmet Rifat Şahin
Ahmet Tiryaki
Ahmet Ünal
Akfer Karaoğlu Kahiloğulları
Alaaddin Duran
Ali Çayköylü
Ali Saffet Gönül
Ali Savaş Çilli
Alp Üçok
Alpay Ateş
Altan Eşsizoglu
Aslı Kuruoğlu Cengiz
Aslı Sarandöl
Aslı Enez Darçın
Aslıhan Dönmez
Atilla Erol
Ayhan Alper
Aylin Yazıcı
Ayşegül Özerdem
Ayşegül Yıldız
Ayşen Çoşkun
Aytekin Özşahin
Aytekin Sır
Baybars Veznedaroğlu
Bedriye Öncü
Behçet Çoşar
Bekir Aydın Levent
Bengi Semerci
Berna Uluğ
Bilge Burçak Annagür
Bilgen Taneli
Bilgin Saydam
Bülent Bahçeci
Bülent Çoşkun
Bülent Kadri Gültekin

Cahide Aydın
Can Cimilli
Cem Atbaşoğlu
Cem İncesu
Cem Kaptanoğlu
Cem Şengül
Cengiz Başoğlu
Cengiz Tuğlu
Ceyhan Balı Şengül
Cüneyt Evren
Cınar Yenilmez
Çiçek Hocaoglu
Çiğdem Aydemir
Duran Çakmak
E. Erdal Erşan
Ejder Akgün Yıldırım
Elif Anıl Yağcıoğlu
Elif Oral
Elvan Özalp
Emrem Beştepe
Ender Taner
Engin Eker
Ercan Abay
Ercan Dalbudak
Erdal Işık
Erdal Vardar
Erhan Bayraktar
Erol Göka
Ertan Tezcan
Ertuğrul Eşel
Eylem Özten
Fatih Canan
Fatih Ceylan
Fatih Karaaslan
Fatih Öncü
Feridun Bülbül
Figen Karadağ
Filiz Karadağ
Fuat Torun
Fulya Maner

Fisun Akdeniz
Gökay Aksaray
Gökay Alpak
Gökrem Karakaş Uğurlu
Gül Eryılmaz
Gülcan Güleş
Hakan Atalay
Hakan Balibey
Hakan Çoşkunol
Hakan Kumbasar
Hakan Türkcapar
Haldun Soygür
Halise Devrimci Özgülen
Haluk Özbay
Haluk Savaş
Hamdullah Aydın
Hasan Herken
Hasan Kaya
Hasan Mırsal
Hatice Güz
Hayrettin Kara
Hayriye Elbi
Hüseyin Güleş
Hüseyin Günay
Hüseyin Yazıcı
Hüsnü Erkmen
Işık Tuğlular
Işıl Göğçegöz Gül
Işın Baral Kulaksızoglu
İbrahim Balıoğlu
İbrahim Eren
İlhan Yargıç
İlkin İçelli
İsmail Ak
İsmail Hakkı Aydın
İsmet Kırpınar
İsmet Melek
Kazım Yazıcı
Kemal Kuşçu
Kemal Sayar

Kemal Yazıcı
Köksal Alptekin
Kültekin Ögel
Kürşat Altınbaş
Levent Atik
Levent Küey
Levent Mete
Levent Sevinçok
Levent Sütçügil
Lut Tamam
Mahmut Bulut
Mansur Beyazırek
Mecit Çalışkan
Medine Yazıcı Güleş
Ömer Akil Özer
Mehmet Yumru
Mehmet Yücel Ağargün
Mehmet Zihni Sungur
Melike Ceyhan Balı Şengül
Melike Nebioğlu
Meral Berkem
Mesut Çetin
Mesut Yıldız
Mine Özmen
Mine Şahingöz
Murat Atmaca
Murat Demet
Murat Kuloğlu
Musa Tosun
Mustafa Baştürk
Mustafa Bilici
Mustafa Güleş
Mustafa Solmaz
Mustafa Yıldız
Muzaffer Çetingüç
Müfit Uğur
Nahit Özmenler
Neslihan Akkişi Kumsar
Neşe Kocabasoglu
Nevzat Tarhan

Nevzat Yüksel
Nezih Eradamlar
Nihat Alpay
Numan Konuk
Nuray Atasoy
Nurgül Özpoyraz
Nurper Erberk
Öğüz Tanındağ
Olca Yazıcı
Olga Güriz
Onur Noyan
Orhan Doğan
Osman Vınt
Ozan Pazvantoglu
Ömer Akil Özer
Ömer Aydemir
Ömer Böke
Ömer Geçici
Ömer Şenormancı
Özcan Uzun
Özlem Bolat Kaya
Özlem Erden Aki
Özlem Orhan
Peykan Gökalt
R. Hülya Bingöl Çağlayan
Rabia Bilici
Ramazan Konkan
Rasim Somer Diler
Raşit Tükel
Recep Tütüncü
Reha Bayar
Rüstem Aşkın
Salih Battal
Samet Köse
Sedat Özkan
Sefa Saygılı
Selçuk Aslan
Selçuk Kırılı
Selim Tümkaya
Selma Bozkurt Zincir

Serhat Çıtak
Sermin Kesebir
Servet Erbiç
Sibel Çakır
Sibel Örsel
Simavi Vahip
Sultan Doğan
Sunar Birsöz
Süha Özaşknalı
Süheyla Ünal
Şeref Gülseren
Şükrü Kartalıcı
Şükrü Uğuz
Taha Karaman
Tamer Aker
Tayfun Toran
Tijen Şengezer
Timuçin Oral
Tunay Karlıdere
Tunç Alkın
Tümer Türkbay
Umut Mert Aksoy
Ümit B. Semiz
Ümrân Tüzün
Vedat Şar
Vesile Altınyazar
Yakup Albayrak
Yankı Yazgan
Yarın Özenli
Yasemen Tarhan
Yasin Bez
Yavuz Selvi
Yusuf Sivrioğlu
Zehra Ankan
Zeliha Tunca

Bilimsel Program

02 Mart 2016, Çarşamba

Saat	SALON 1	SALON 2
	TEMEL İYİ KLİNİK UYGULAMALAR (İKU) EĞİTİMİ (PSİKİYATRİ)	
12:00 – 13:00	ÖĞLEN YEMEĞİ	15:00 – 19:00
13:00 – 13:10	AÇILIŞ <i>Başkanlar: Prof. Dr. Nesrin Dilbaz Prof. Dr. Oğuz Karamustafaloğlu</i>	ALKOL BAĞIMLILIĞI VE EŞANILI DURUMLAR : TEORİDEN PRATİĞE EĞİTİM <i>Oturum Başkanı: Prof. Dr. Zehra Arıkan, Prof. Dr. Nesrin Dilbaz</i>
13:10 – 13:20	Sanofi Türkiye ve İlaçta Ar-Ge Faaliyetleri (Teorik) <i>Nurşah Ömeroğlu</i>	• Alkol Kullanım Bozuklukları Nörobiyolojisi <i>Doç. Dr. Cem Şengül</i>
13:20 – 13:30	Klinik Araştırma Hakkında Ne Biliyoruz? Ön-Test (Değerlendirme) <i>Uzm. Dr. Oğuz Akbaş</i>	• Alkol Kullanım Bozukluklarında Aşerme <i>Doç. Dr. Zeki Yüncü</i>
13:30 – 14:00	Klinik Araştırmalar: Tarihçe, Etik ve Temel Kavramlar (Teorik) <i>Prof. Dr. İsmail Hakkı Ayhan</i>	• Alkol Kullanım Bozukluklarında Tanı ve Değerlendirme Ölçekleri <i>Yrd. Doç. Dr. C. Onur Noyan</i>
14:00 – 14:30	Helsinki Bildirgesi ve İyi Klinik Uygulamalar (Teorik) <i>Uzm. Dr. Oğuz Akbaş</i>	• Alkol Kullanım Bozukluklarında Görüşme Teknikleri ve Psikoterapötik Yaklaşım <i>Prof. Dr. Zehra Arıkan</i>
14:30 – 14:45	KAHVE ARASI	• Alkol Kullanım Bozuklukları ve Adhd Eşanlı Durumlar Ve Tedavisi <i>Doç. Dr. Cüneyt Evren</i>
14:45 – 15:15	Klinik Araştırmalarda Metodoloji, Tasarım ve Yöntemler (Teorik + Çalıştay) <i>Prof. Dr. Hamdi Akan</i>	• Alkol Kullanım Bozuklukları ve Eşanlı Durumlarda İlaç Tedavisi <i>Prof. Dr. Nesrin Dilbaz</i>
15:15 - 15:45	Gözlemsel Çalışmalar (Teorik) <i>Nurşah Ömeroğlu</i>	
15:45 - 16:00	Tartışma <i>Tüm Üyeler</i>	
16:00 – 16:15	KAHVE ARASI	
16:15 - 16:45	Klinik Araştırmada Taraflar: Etik Kurullar (Teorik) <i>Prof. Dr. İsmail Hakkı Ayhan</i>	
16:45 - 17:15	Klinik Araştırmada Taraflar: Araştırmacı (Teorik) <i>Prof. Dr. Hamdi Akan</i>	
17:15 - 17:45	Klinik Araştırmada Taraflar: Destekleyici ve Kayıt Zorunluluğu (Teorik) <i>Nurşah Ömeroğlu</i>	
17:45 - 18:00	KAHVE ARASI	



Lundbeck Akademî'nin koşulsuz eğitim desteğiyle düzenlenmektedir

Bilimsel Program

02 Mart 2016, Çarşamba

Saat	SALON 1	SALON 2
18:00 - 18:45	Bilgilendirilmiş Onay (Teorik + Çalıştay) <i>Prof. Dr. Emin Kansu, Uzm. Dr. Oğuz Akbaş</i>	
18:45 - 19:15	Farmakovijilans ve Advers Olay Raporlama (Teorik) <i>Prof. Dr. Hamdi Akan</i>	
19:15 - 19:45	Klinik Araştırmada Neler Öğrendik? Son-Test AkademiKA Değerlendirmesi (Değerlendirme) <i>Nurşah Ömeroğlu</i>	
19:45 - 20:00	Geri bildirim Anketi + Genel Değerlendirme + Katılım Başarı Belgesi Dağıtımı	
20:00	Program sonu	
20:00 – 21:00	Bakırköy'den Paris'e bir Türk Ressamın Ruhsal Portresi <i>Uzm. Dr. Nezih Eradamlar</i>	

Bilimsel Program

03 Mart 2016, Perşembe

Saat	SALON A	SALON B
08:00 – 08 :45	SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU Oturum Başkanları: <i>Prof. Dr. Orhan Doğan</i> <i>Yrd. Doç. Dr. Eylem Özten</i>	
09:00 - 10:30	PANEL BİPOLAR BOZUKLUK Oturum Başkanları: <i>Prof. Dr. İsmet Kırpınar</i> <i>Prof. Dr. Orhan Doğan</i> • Bipolar Bozuklukların Evrelendirilmesi Güncel Pratiğe Ne Getiriyor <i>Prof. Dr. Oğuz Karamustafaloğlu</i> • Karma Tıp Bipolar Bozukluk Nasıl Tanınır ve Tedavide Güncel Yaklaşımlar <i>Prof. Dr. Lut Tamam</i> • Bipolar Bozukluk Akut ve İdame Tedavisinde Son Gelişmeler <i>Doç. Dr. İbrahim Eren</i> • Bipolar Bozukluk Eş Tanılı Durumlar ve Tedavisi <i>Prof. Dr. Sermin Kesebir</i> • Bipolar Bozukluk ve Nörokognitif İşlevler <i>Doç. Dr. Selim Tümkeya</i>	
10:30 – 11:00	KAHVE ARASI	
11:00 – 12:00	UYDU SEMPOZYUMU DEPRESYONUN ANTİDEPRESANLARLA TEDAVİSİ: KARŞILANMAMIŞ GEREKSİNİMLER Oturum Başkanı : <i>Prof. Dr. Oğuz Karamustafaloğlu</i> Konuşmacı : <i>Prof. Dr. Ali Saffet Gönül</i> 	
12:00 - 12:45	UZMANLA BULUŞMA TRAVMATİK BELLEK SÜREÇLERİ: MEKANİZMA VE İLİŞKİLİ KONULAR <i>Prof. Dr. Joseph Zohar</i>	
12:00 – 13:30	ÖĞLEN YEMEĞİ	

Bilimsel Program

03 Mart 2016, Perşembe

Saat	SALON A	SALON B
13:30 – 15:00	PANEL ŞİZOFRENİ TEDAVİSİNDE UZUN ETKİLİ İLAÇLARIN KULLANIMI NE KADAR UZUN ETKİLİ ? Oturum Başkanları : <i>Prof. Dr. Salih Battal</i> • Şizofreni Sürdürüm Tedavisinde Uzun Etkili Antipsikotiklerin Yeri <i>Prof. Dr. Nesrin Dilbaz</i> • Uzun Etkili Antipsikotiklerin Erken Dönem Şizofreni Tedavisinde Kullanımı <i>Prof. Dr. Elif Anıl Yağcıoğlu</i> • Uzun Etkili Antipsikotiklerin Şizofreni Dışı Hastalıklarda Kullanımı <i>Prof. Dr. Emrem Beştepe</i> • Uzun Etkili Antipsikotiklerin Yan Etkileri ve Hasta Uyumu <i>Prof. Dr. Oğuz Karamustafaloğlu</i> • Uzun Etkili İlaçlara Geçiş ve İlaç Kan Düzey Takipleri <i>Doç. Dr. Gül Eryılmaz</i>	
15:00 – 15:30	KAHVE ARASI	
15:30 – 16:30	KONFERANS NÖROBİLİM TEMELLİ YENİ PSİKOFARMAKOLOJİK SINIFLANDIRMA KLİNİK PRATİĞE NE GETİRDİ ? Oturum Başkanı : <i>Prof. Dr. Oğuz Karamustafaloğlu</i> Konuşmacı : <i>Prof. Dr. Joseph Zohar</i>	
16:30 – 16:45	KAHVE ARASI	

Bilimsel Program

03 Mart 2016, Perşembe

Saat	SALON A	SALON B	
16:45 – 18:30	PANEL PSİKİYATRİK HASTALIKLARIN BİYOLOJİK BELİRTEÇLERİ Oturum Başkanları: <i>Prof. Dr. Nevzat Tarhan</i> <i>Prof. Dr. Mert Savrun</i> Oksidatif Stres ve Psikiyatrik Hastalıklar <i>Doç. Dr. Yakup Albayrak</i> Nöroinflamasyon ve Psikiyatrik Hastalıklar <i>Doç. Dr. Abdullah Akpınar</i> Kannabinoidler: Şizofreni İçin Risk Faktörü mü Tedavi Aracı mı? <i>Prof. Dr. Murat Atmaca</i> QEEG ve Psikiyatri <i>Prof. Dr. Nevzat Tarhan</i> Kronobiyoloji ve Psikiyatri <i>Doç. Dr. Yavuz Selvi</i>	PANEL ANKSİYETE BOZUKLUKLARI: GÜNCELLEME Oturum Başkanları: <i>Prof. Dr. Ahmet Rifat Şahin</i> <i>Prof. Dr. Neşe Kocabaşoğlu</i> DSM 5 Anksiyete Bozuklukları Tanısal Yaklaşımında Ne Değiştirdi? <i>Prof. Dr. Murat Demet</i> DSM 5 Anksiyete Bozuklukları Tedavi Seçeneklerine Ne Getirdi? <i>Prof. Dr. Şebnem Pırıldar</i> Anksiyete Bozukluğuna Kültürel Yaklaşım <i>Prof. Dr. Kemal Sayar</i> Çocukluktan Yetişkinliğe Anksiyete Bozukluğu Geçiş ve Risk Faktörleri <i>Prof. Dr. Neşe Kocabaşoğlu</i> Anksiyete Bozukluklarında Güncel Terapi Yaklaşımları <i>Prof. Dr. Serhat Çitak</i>	PANEL MARUZİYET TEDAVİSİNDE GEÇMİŞ, ŞİMDİ VE GELECEK Oturum Başkanları: <i>Prof. Dr. Hüsnü Erkmen</i> <i>Prof. Dr. Aslıhan Dönmez</i> Maruziyet Tedavilerinde Klasik Paradigmalar <i>Uzm. Dr. M. Emrah Karadere</i> Maruziyet Tedavilerinde İlkeler ve Uygulama <i>Uzm. Dr. Yasir Şafak</i> Maruziyet mi Değerlere Doğru Adım Atmak mı? ACT'in Exposure'a Bakışı <i>Uzm. Dr. K.Fatih Yavuz</i> Maruziyet Tedavisinde Yeni Paradigma: İnhibitör Öğrenme <i>Uzm. Dr. Sevinç Ulusoy</i> Maruziyet Tedavisinde Farmakolojik Ajanlar ve Sanal Gerçeklik <i>Yrd. Doç. Dr. Hasan Turan Karatepe</i>
18:30 – 20:00	AKŞAM YEMEĞİ		
20:00 – 22:00	SİZ OLSANIZ NE YAPARDINIZ? OLGU SUNUMLARI Tartışmacılar : <i>Prof. Dr. Hüsnü Erkmen,</i> <i>Prof. Dr. Ahmet Rifat Şahin</i> <i>Prof. Dr. Erdal Işık, Prof. Dr. Ercan Abay</i> OKB ve Şizofreni Birlikteliği <i>Yrd. Doç. Dr. Oğuz Tan</i> OKB ve Bipolar Bozukluk Birlikteliği <i>Yrd. Doç. Dr. Eylem Özten</i>		

Bilimsel Program

04 Mart 2016, Cuma

Saat	SALON A	SALON B
08:00 – 08:45	SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU Oturum Başkanları: <i>Prof. Dr. Çiçek Hocaoğlu</i> <i>Yrd. Doç. Dr. Cemal Onur Noyan</i>	
09:00 – 10:30	PANEL PSİKİYATRİDE UYKU BOZUKLUKLARI Oturum Başkanları: <i>Prof. Dr. Erdal Işık, Prof. Dr. Hamdullah Aydın</i> • Uyuyorum Öyleyse Varım: Uykunun Biyolojik Ritmi <i>Prof. Dr. Mustafa Bilici</i> • Uyku Bozuklukları Epidemiyolojisi <i>Prof. Dr. Orhan Doğan</i> • Psikiyatristler Uykudan Ne Anlar? <i>Prof. Dr. Hamdullah Aydın</i> • İnsomnia, Semptom mu Hastalık mı? Tedavisi <i>Prof. Dr. Nesrin Dilbaz</i>	
10:30 – 11:00	KAHVE ARASI	
11:00 – 12:00	UYDU SEMPOZYUM DEPRESYON TEDAVİSİNDE YENİ YAKLAŞIMLAR Konuşmacılar: <i>Prof. Dr. Nesrin Dilbaz</i> <i>Prof. Dr. Oğuz Karamustafaoğlu</i> 	
12:00 - 12:45	UZMANLA BULUŞMA TEDAVİYE DİRENÇLİ DEPRESYON <i>Prof. Dr. Alessandro Serretti</i>	
12:00 - 13.:30	ÖĞLEN YEMEĞİ	
13:30 – 15:00	PANEL ERİŞKİN TİP ADHD Oturum Başkanları: <i>Prof. Dr. Ercan Abay</i> • Eriskin ADHD: Atlanan Bir Tanı mı? <i>Prof. Dr. Cengiz Tuğlu</i> • Çocuk Psikiyatristleri Gözünden Yetişkin ADHD <i>Prof. Dr. Neslihan Emiroğlu</i> • Kanıtı Dayalı Tanı Araçları <i>Prof. Dr. Bedriye Öncü</i> • Komorbid Durumlar ve Tedavisi <i>Doç. Dr. Umut Mert Aksoy</i> • Bağımlılık ve ADHD <i>Yrd. Doç. Dr. C. Onur Noyan</i>	
15:00 - 15:30	KAHVE ARASI	

Bilimsel Program

04 Mart 2016, Cuma

Saat	SALON A	SALON B
15:30 – 16:30	KONFERANS ANTİDEPRESANLARIN FARMAKOGENETİĞİ: GÜNCEL VERİLER VE KLİNİK UYGULAMALAR <i>Oturum Başkanı: Prof. Dr. Oğuz Karamustafaoğlu</i> <i>Konuşmacı: Prof. Dr. Alessandro Serretti</i>	
16:30 - 16:45	KAHVE ARASI	
16:45 – 18:30	PANEL PSİKİYATRİDE AZ KONUŞULAN KONULAR - I <i>Oturum Başkanları:</i> <i>Prof. Dr. Sunar Birsöz,</i> <i>Prof. Dr. Sefa Saygılı</i> • Oksitosin ve Bağlanma <i>Prof. Dr. Erol Göka</i> • Frontotemporal Demans <i>Prof. Dr. İsmet Kırpınar</i> • Tıbbi Olarak Açıklanmayan Belirtiler (MUS) <i>Prof. Dr. Ali Çayköylü</i> • Hamilelik ve Emzirme Döneminde Psikotrop Kullanımı <i>Prof. Dr. Çiçek Hocaoglu</i> • Bağırsak Beyin İlişkisi <i>Prof. Dr. Mert Savrun</i>	PANEL USTALAR DOKUNUYOR: BİLİŞSEL DAVRANIŞCI PSİKOTERAPİ <i>Oturum Başkanları:</i> <i>Prof. Dr. Hakan Türkçapar</i> <i>Prof. Dr. Aslıhan Dönmez</i> • Yeme Bozuklukları <i>Prof. Dr. Aslıhan Dönmez</i> • Obsesif Kompulsif Bozukluk <i>Prof. Dr. Hakan Türkçapar</i> • Travma Sonrası Stres Bozukluğu <i>Doç. Dr. Levent Sütçigil</i> • Panik Bozukluk <i>Doç. Dr. Kadir Özdel</i> • Şizofreni <i>Prof. Dr. Mustafa Yıldız</i>
18:30 - 20:00	AKŞAM YEMEĞİ	
20:00 – 22:00	SİZ OLSANIZ NE YAPARDINIZ? OLGU SUNUMLARI <i>Tartışmacılar : Prof. Dr. Sunar Birsöz</i> <i>Doç. Dr. Levent Mete,</i> <i>Prof. Dr. Çınar Yenilmez,</i> <i>Doç. Dr. Fulya Maner</i> • Panik Bozukluk ve Bipolar Bozukluk Birlikteliği <i>Yrd. Doç. Dr. Birim Sungu Talu</i> • Bipolar Bozukluk mu DEHB mi? Yoksa <i>Uzm. Dr. Aslı Enez Darçın</i>	

Bilimsel Program

05 Mart 2016, Cumartesi

Saat	SALON A	SALON B
08:00 – 08:45	SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU Oturum Başkanları: <i>Prof. Dr. Hüsnü Erkmen</i> <i>Doç. Dr. Gül Eryılmaz</i>	
09:00 – 10:30	PANEL TRSM UYGULAMALARI Oturum Başkanları: <i>Uzm. Dr. Nihat Alpay,</i> <i>Uzm. Dr. Mustafa Namlı</i> • TRSM Uygulamalarında Yapılandırılmış Psikoeğitim Çalışmaları: Sağlıklı Yaşam Rehberi Psikoeğitim Programı <i>Prof. Dr. Sibel Örsel</i> • TRSM'lerde Bugünedek Yapılan Bilimsel Çalışmaların Analizi <i>Prof. Dr. Oğuz Karamustafaloğlu</i> • TRSM'lerin 1. Basamak Sağlık Hizmetleri ile Entegrasyonu <i>Dr. Abdulkadir Tabo</i> • Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Gözüyle TRSM Uygulamaları <i>Dr. Macit Çalışkan</i> • Kamu Hastaneleri İl Yöneticisi Gözüyle TRSM Uygulamaları <i>Prof. Dr. Rüstem Aşkın</i>	
10:30 - 11:00	KAHVE ARASI	
11:00 – 12:00	UYDU SEMPOZYUM ANTİDEPRESANLARIN DÜNÜ BUGÜNÜ YARINI Oturum Başkanı: <i>Prof. Dr. Oğuz Karamustafaloğlu</i> Konuşmacı: <i>Prof. Dr. Nesrin Dilbaz</i>  <i>Mustafa Nevzat</i>	
12:00 - 12:45	UZMANLA BULUŞMA PSİKİYATRİ VE DIŞ Oturum Başkanı: <i>Doç. Dr. Ömer Akil Özer</i> Konuşmacı: <i>Prof. Dr. Atilla Erol</i>	
12:00 – 13:30	ÖĞLEN YEMEĞİ	

Bilimsel Program

05 Mart 2016, Cumartesi

Saat	SALON A	SALON B
13:30 – 15:00	PANEL DEPRESYON VE ALT TIPLERİ Oturum Başkanları: <i>Prof. Dr. Hüsnü Erkmen</i> <i>Prof. Dr. Ali Saffet Gönül</i> • Unipolar Depresyon Tedavisinde Gelişmeler <i>Doç. Dr. Elvan Özalp</i> • Depresyon Alt Tiplemesi ve Biyolojik Kanıtlar <i>Prof. Dr. Ertuğrul Eşel</i> • Bipolar Depresyon Tedavisinde Antidepresan Tedavini Yeri Var mı? <i>Doç. Dr. Kürşat Altınbaş</i> • Bipolar Depresyon Tedavisinde Duygudurum Düzenleyicileri mi Atipik Antipsikotikler mi? <i>Prof. Dr. Nesrin Dilbaz</i> • Depresyon ve Yas <i>Prof. Dr. Abdülkadir Çevik</i>	
15:00 – 15:30	KAHVE ARASI	
15:30 – 16:30	UYDU SEMPOZYUM DEPRESYON VE TEDAVİSİNDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR Konuşmacı : Prof. Dr. Oğuz Karamustafaloğlu 	
16:30 – 16:45	KAHVE ARASI	

Bilimsel Program

05 Mart 2016, Cumartesi

Saat	SALON A	SALON B
16:45 – 18:30	PANEL ŞİZOFRENİDE BİYOLOJİ, TANI VE TEDAVİDE PARADİGMA KAYMASI Oturum Başkanları: <i>Prof. Dr. Taha Karaman</i> <i>Prof. Dr. Rüstem Aşkın</i> • Glutamat Fazlalığı ve Şizofreni: Biyolojik Kanıtlar <i>Doç. Dr. Vesile Altınyazar</i> • Psikozun Ayak Sesleri: Yüksek Risk, Atenüe Psikoz ve Prodrom Döneminde Güncel Yaklaşımlar <i>Prof. Dr. Kemal Yazıcı</i> • Şizofrenide Yeni İlaçlar Karşılanmamış İhtiyaçları Hedefliyor mu? <i>Prof. Dr. Meram Can Saka</i> • Şizofreniyi Anlamada Beden Zihin İlişkisi ve Son Kanıtlar <i>Prof. Dr. Ayşen Esen Danacı</i> • Klozapin Kullanım Kılavuzu Ne Getiriyor? <i>Prof. Dr. Köksal Alptekin</i>	PANEL ANKSİYETE VE DEPRESYON BİRLİKTELİĞİ Oturum Başkanları: <i>Prof. Dr. Selçuk Kırılı, Prof. Dr. Tunç Alkın</i> • Fenomenolojik Açından Depresyon ve Anksiyete: Benzerlik ve Farklılıklar <i>Prof. Dr. Tayfun Turan</i> • İlk Önce Ne Yapmalı: Depresyonda Anksiyete Bozukluğu Birlikteliği ve Tedavisi <i>Prof. Dr. Selçuk Kırılı</i> • İlk Önce Ne Yapmalı: Anksiyete Bozukluğunda Depresyon Birlikteliği ve Tedavisi <i>Doç. Dr. Ejder Akgün Yıldırım</i> • Depresyon ve Anksiyete Birlikteliğinde Kognitif ve Davranışçı Terapi Yaklaşımları <i>Prof. Dr. Nesim Kuğu</i> • Depresyon ve Anksiyete Birlikteliğinde Psikodinamik Terapi Uygulamaları <i>Prof. Dr. Mine Özmen</i>
18:30 - 20:00	AKŞAM YEMEĞİ	
20:00 – 22:00	SİZ OLSANIZ NE YAPARDINIZ? OLGU SUNUMLARI Tartışmacılar : <i>Prof. Dr. Işın Baral Kulaksızoğlu,</i> <i>Doç. Dr. Erguvan Tuğba Özel Kızı,</i> <i>Prof. Dr. İsmet Kırınar</i> • Kronik Mani Gerçek mi Mit mi? <i>Yrd. Doç. Dr. Alptekin Çetin</i> • Demans Tanısı Kolay mı? <i>Yrd. Doç. Dr. Celal Şalçini</i>	

Bilimsel Program

06 Mart 2016, Pazar

Saat	SALON A	SALON B
09:00 – 10:30	PANEL TRSM Oturum Başkanları: <i>Prof. Dr. Sibel Örsel, Dr. Hülya Ensari</i> • TRSM Uygulamalarında İşlevsellik ve Engellilik Alanların Belirlenmesi – Bakım İhtiyaçları Planlama <i>Doç. Dr. Hasan Karadağ</i> • Şizofrenide Hastalık Yönetimi: Sağlıklı Yaşam Rehberi Eğitim Programı <i>Doç. Dr. Akfer Karaoğlu Kahiloğulları</i> • Sağlıklı Yaşam Rehberi Eğitim Programı: Çalışma Kitapları Kolaylaştırıcı Kılavuzu <i>Dr. Yasir Şafak</i> 	PANEL PSİKİYATRİDE AZ KONUŞULAN KONULAR - II Oturum Başkanları: <i>Prof. Dr. Abdülkadir Çevik</i> <i>Prof. Dr. Rüçhan Akar</i> • Psikiyatride Somatik Hastalıklar: Felsefik Bakış <i>Yrd. Doç. Dr. Alper Evrensel</i> • Psikojenik Nöbetler ve Somatizasyon <i>Prof. Dr. Medine Yazıcı</i> • Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatri Pratiğinde Yas <i>Doç. Dr. Cigdem Aydemir</i> • Psikiyatri ve Ağrı <i>Prof. Dr. Eylem Özten</i> • Transplantasyon Hastalarının Değerlendirilmesi <i>Prof. Dr. Hakan Kumbasar</i> <i>Dr. Berker Duman</i>
10:30 – 11:00	KAHVE ARASI	
11:00 – 12:30	PANEL TRSM Oturum Başkanları: <i>Doç. Dr. Akfer Karaoğlu Kahiloğulları</i> <i>Dr. Ahmet Ayer</i> • Sağlıklı Yaşam Rehberi ve “Genel İyi Hali” Çalışmaları: Yaşam Aktiviteleri (Health and Wellness) Modülü <i>Dr. Yasir Şafak</i> • Sağlıklı Yaşam Rehberi Eğitim Programı: Yaşam Aktiviteleri (Health and Wellness) Modülü Uygulama Kılavuzu <i>Psk. Selma Ercan</i> • Sağlıklı Yaşam Rehberi Eğitim Programı: Yaşam Aktiviteleri Modülü – Aile İle İlişkilerin Geliştirilmesi <i>Psk. Zeynep Taşyürek</i> • Sağlıklı Yaşam Rehberi Eğitim Programı: Yaşam Aktiviteleri Modülü – Fiziksel Aktivite <i>Hem. İlnur Küçük</i> 	PANEL PSİKİYATRİDE AZ KONUŞULAN KONULAR - III Oturum Başkanları: <i>Prof. Dr. Köksal Alptekin</i> <i>Prof. Dr. Hatice Güz</i> • Erişkin Ayrılık Anksiyetesi <i>Prof. Dr. Tunç Alkın</i> • İmpulsivite-Kompulsivite Spektrum <i>Prof. Dr. Hatice Güz</i> • Yeme Bozukluklarında Tedavi Seçenekleri ve Komplikasyonlar <i>Doç. Dr. Fulya Maner</i> • İstifleme: Semptom mu Hastalık mı? <i>Prof. Dr. Aytekin Sır</i> • Tehlikeli Üçlü: İnternet, Sex ve Bağımlılık <i>Doç. Dr. Ramazan Konkan</i>

Kurs Programı

03 Mart 2016, Perşembe

Saat	SALON 1	SALON 2	SALON 3
20:00 – 22:00	EEG Kursu <i>Prof. Dr. Oğuz Tanrıdağ</i> <i>Yrd. Doç. Dr. Celal Şalçini</i>	Erkek Cinsel İşlev Bozuklukları Kursu <i>Prof. Dr. Cem İncesu</i>	Adli Psikiyatri Kursu <i>Uzm. Dr. Nezir Eradamı</i> <i>Uzm. Dr. Latif Alpkan</i>

04 Mart 2016, Cuma

Saat	SALON 1	SALON 2	SALON 3
20:00 – 22:00	TMU Kursu <i>Doç. Dr. Gökben Hızlı Sayar</i>	Kabul ve Kararlılık Terapisi Kursu <i>Uzm. Dr. K. Fatih Yavuz</i>	Psikodinamik Psikoterapiler Kursu <i>Prof. Dr. Mine Özmen</i>

05 Mart 2016, Cumartesi

Saat	SALON 1	SALON C	SALON 2	SALON 3
20:00 – 22:00	Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları Kursu <i>Doç. Dr. Gülcan Güleç</i>	Nörogörüntüleme Kursu <i>Prof. Dr. Ali Saffet Gönül</i>	Demans Kursu <i>Prof. Dr. İsmet Melek</i>	Adli Tıp Kurumu ve Psikiyatri Kursu <i>Doç. Dr. Mustafa Solmaz</i>
		<i>Voxel Tabanlı Beyin (VBM) ile yapısal beyin analizi kısa teorisi ve pratiği" 4-6 saat arasında katılımcıların wifi özellikli laptop (en az 4 GB RAM ile) katılmaları gerekmektedir. Ayrıca Lap top da SPM işletiminin çalışması için gerekli MATLAB programı da olmalıdır. SPM kurs sırasında yüklenecektir.</i>		

KONUŞMA METİNLERİ

Bipolar depresyon tedavisinde duygudurum düzenleyicileri mi atipik antipsikotikler mi?

Prof. Dr. Nesrin Dilbaz

Üsküdar Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Duygudurum düzenleyicileri

Lamotrijin

Calabrese ve ark. en erken yapılan çalışmada tek başına lamotrijin tedavisinin BP I depresyon hastalarının akut tedavisinde plasebodan daha etkili olduğunu bildirmelerine karşın daha sonra yapılan 5 çalışmada bu sonuçlar tekrar edilmemiştir. Ama güçlendirme tedavisi olarak kullanıldığında yararlı olabileceği bildirilmiştir (1). Van der Loos ve ark. BD olan hastaların akut tedavisinde lityum artı plaseboya kıyasla lityuma eklenmiş lamotrijinin etkili olduğunu bildirmiştir ($p=0.03$) (2). Lamotrijinin BP da akut tedavide onay alamamış ama sürdürüm tedavisinde duygudurum ataklarının önlenmesinde onay almıştır

1072 hastanın katıldığı 5 randomize kontrollü çalışmanın meta analizinde lamotrijinin BD tedavisinde orta düzeyde etkili olduğu saptanmıştır. Depresyonun şiddeti arttıkça etki büyüklüğü daha fazla olmaktadır. Lamotrijinin nadirde olsa yaşamı tehdit edici potansiyeli olan Stevens-Johnson sendromuna yol açtığı bu nedenle doz artışının tedriciolarak yavaş yapılması önerilmektedir (3).

Lityum

BP akut manik atak ve sürdürüm tedavisinde FDA onayı almıştır. Depresif veya karma dönemlerde etkinliği ise tam olarak gösterilememiştir. Bipolar I veya II tanısı alan 360 hastada yapılan çalışmada uzun dönemli lityum kullanımı tüm atakların sıklığını %56 (manik atakların %64, depresif atakların %46) azaltmıştır. Mani (%61) ve depresyonda (%53) geçen zaman oranını benzer biçimde azaltırken ortalama atak süresini depresyonda (%32.4) maniden (%19.4) daha fazla azaltmıştır (4). Bu lityum tedavisi öncesinde manik dönemlere kıyasla depresif dönemlerin çok daha uzun olduğunu yansıtmaktadır. Bu çalışmaya göre Bipolar II hastaları Bipolar I den daha fazla yarar görmüştür.

BDda idame tedavide lityumun depresyon üzerine etkisi gösterilememiştir.

Valproat

BP tedavisinde çok yaygın kullanılan bir duygudurum düzenleyicisi olan Valproatın BD da tek başına etkisi şüphelidir. Yapılmış olan 4 adet plasebo kontrollü küçük çalışmanın üçünde ve yeni yapılan bir meta analizde AD etkinliğini destekler sonuçlar elde edilmiştir. Depresyon çalışmalarında ki toplam sayının çok küçük olması nedeniyle bu konuda kesin sonuca varmak için daha büyük ölçekli kontrollü çalışmalara gerek olduğuna dikkat çekilmiştir (5). Baş dönmesi, somnolans, kilo artışı ve bulantı en sık görülen yan etkilerindendir.

Karbamezapin ve Uzamış salınımlı karbamezapin

Uzamış salınımlı formu ise 2004 yılında FDA den BP I ile ilişkili akut mani ve karma ataklar tedavisi için onaylanmıştır. BD'da ise off-label olarak hem tek başına hem de diğer DDD ile veya atipik antipsikotiklerle birlikte kullanılmaktadır.

Atipik antipsikotikler

DD lerine AD eklenmesi etkisiz bulunmasına karşın AD fluoksetin ile atipik antipsikotik (AAP) olanzapin kombinasyonu BD da etkili bulunmuştur. Tohen ve ark. akut bipolar I depresyon tanısı alan hastalarda BP ile tek başına olanzapini plasebo ile kıyaslayan çalışmalarında tek başına olanzapin tedavisinin plasebodan üstün olduğu ($P < .001$) ama OFC tedavisinin de tek başına olanzapinden daha etkili olduğunu saptamışlardır ($P < .02$). Remisyon hızları ise yaklaşık olarak olanzapin-fluoksetin kombinasyonunda 49%, olanzapin monoterapisinde %33, plaseboda ise %25 olarak bildirilmiştir. Akut Bipolar I depresyonu olan hastalarda OFC ile lamotrijini kafa kafaya karşılaştırdıkları çalışmada Brown ve ark. başlangıçta ki Klinik Global İzlenim-S (CGI-S) ve MADRS puanlarında ki değişiklik açısından OFC'nin lamotrijinden anlamlı olarak daha etkili olduğu saptanmıştır ($P = .002$) 6 Her iki grup arasında yanıt hızlarında fark olmamasına karşın (68.8% vs 59.7% sırasıyla), yanıtı dek geçen zaman OFC'de daha kısadır. Lamotrijin grubunda intihar ve kendine zarar verme insidansı daha yüksek bulunmuştur. Klinisyenlerin OFC tedavisi sırasında olanzapine bağlı sedasyon ve metabolik sendrom açısından dikkatli olmaları önerilmektedir. Fluoksetin ve olanzapin kombinasyonunun manik relapsı provoke etmiyor olması ise bir üstünlük olarak sunulmaktadır.

Ketyapin, risperidon ve aripiprazolde BD da araştırılan atipik antipsikotiklerdendir. Akut Bipolar I ve II depresyon hastalarında plasebo ile kıyaslandığında hem 600 mg/d hem de 300 mg/d MADRS puanlarının azalması açısından anlamlı ölçüde etkili bulunmuştur ($P \leq .001$). Ama yüksek doz ketyapin düşük doza kıyasla yan etkileri nedeniyle daha fazla tedaviyi bırakma ile sonuçlanmıştır. Akut BD da onaylanmış olan Ketyapin tedavisinde olanzapine benzer biçimde sedasyon ve metabolik sendrom açısından takip edilmelidir (7,8).

Buna karşın tüm AAP ler BD da etkili bulunmamıştır. STEP-BD çalışmasında risperidon alan hastalarda iyileşme hızı düşük bulunurken Aripiprazol ile gerçekleştirilen iki çalışmada akut bipolar I depresyonda aripiprazolun plasebodan etkin olduğunu gösterememiştir (9).

2013 haziran ayında PREVAIL çalışmalarının sonuçları ile tek başına veya lityum veya valproat tedavisine eklendiğinde BDu olan hastalarda etkili olabileceği konusunda lurasidon FDA onayı almıştır (10,11). Lurasidon monoterapisi çalışmasında (PREVAIL 2) Bipolar I depresyonu olan 505 hastaya rastgele yöntemle 6 hafta süresince 20-60 mg/g veya 80-120 mg/g veya plasebo uygulanmıştır 26. Her iki lurasidon grubunun da dahil olduğu veriler incelendiğinde 6. Hafta sonunda lurasidon alan grubun %52 si plasebo alan grubun ise %30'unda yanıt alınmıştır (MADRS puanı %50 nin altına inenler). Bu çalışmanın sonuçlarına göre lurasidon monoterapisinin etkinliği yanıt açısından ketiapin ve OFC ye benzer bulunmuştur (NNT=5). Akatizive bulantı en sık görülen yan etkiler olarak rapor edilmiştir (zarar görmek için gerekli sayı (NNH) akatizi için 15 bulantı için ise 17 idi). Kilo üzerine etkisinin olmaması (en az %7 kilo artışı için NNH= -493) önemli görülmüştür. Yeterli doz ve yeterli sürede kullanılan lityum veya valproata yanıt vermeyen hastaların tedavisine eklenen 20-120mg/g lurasidonun etkinliği ve tolerabilitesinin araştırıldığı ikinci çalışmada (PREVAIL 1) da lurasidon plaseboya kıyasla anlamlı derecede etkili (NNT=7) ve tolere edilebilir bulunmuştur (NNH bulantı için 16, akatizi için 30 ve en az %7 kilo artışı için -51). Lurasidon ayrıca tekrar eden BD I ve subsendromal hipomani açısından da değerlendirilmiştir (12).

Bipolar I depresyon “gerçek yaşamda” sıklıkla DSM-V de “karma özellikler” olarak nitelendirilen depresif ve subsendromal hipomaninin karşımı biçiminde görülmektedir. Subsendromal hipomanik özelliklerin olmasının bipolar I depresyonu olan hastalarda lurasidonun etkinliği ve güvenilirliği üzerine olan etkisi konusunda yapılan post hoc analizde subsendromal hipomanik özellikler olsun veya olmasın lurasidonun plasebodan klinik olarak anlamlı düzeyde daha üstün olduğu saptanmıştır. Bu grupta tedavi gerektiren mani insidansı da az oranda daha düşük bulunmuştur. Ayrıca Lurasidonun plaseboya kıyasla lipid parametrelerini ve glisemik kontrol ölçümlerini artırmaması da önemli bir özellik olarak sunulmuştur.

Tablo 1. BD tedavi stratejilerinin analizi

	<i>Duygudurum düzenleyiciler</i>		<i>Atipik Antipsikotikler</i>				
	<i>Lityum</i>	<i>Lamotrijin</i>	<i>Olanzapin</i>	<i>Ketiapin</i>	<i>Olanzapin+ fluoksetin</i>	<i>Lurasidon monoterapisi</i>	<i>Lurasidon ekleme tedavisi</i>
NNT yanıt	15	12	12	6	4	5	7
NNH >= %7 kilo artışı	-112	-34	6	19	6	-493	-51
NNH sedasyon	20	42	7	6	12		
NNH Akatizi						15	16
NNH Bulantı						17	30

BD sıklıkla unipolar depresyondan ayırımı güç olan ve kişinin yaşamını önemli ölçüde engelleyen bir hastalıktır. Başlangıç yaşı, hastalığın gidişi, ailede BP öyküsü ve daha önce

ki tedavilere verilen yanıt gibi bipolar olma olasılığını artıran bazı özelliklere bakılarak tanı koymak daha kolay olabilir.

İlaç seçiminde klinisyenler etkinlikleri yanısıra ilaçların güvenirlilik, tolerabilite, tedavi gerektiren mani veya hipomaniye yol açma risklerini mutlaka dikkate almalıdır. Akut BD tedavisinde olanzapin-fluoksetin kombinasyonu, ketyapin monoterapisinin ve lurasidonun etkili olduğuna dair yeterli kanıtlar mevcut olup akut BD tedavisinde FDA onayları mevcuttur. Bazı kanıtlar ise lamotrijin ve modafinil ekleme tedavisinin yararlı olabileceğini yönünde olsa da ileri çalışmalara gerek vardır (13).

Kaynaklar

1. Calabrese JR, Bowden CL, Sachs GS, et al, for the Lamictal 602 Study Group. A double-blind placebo-controlled study of lamotrigine monotherapy in outpatients with bipolar I depression. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(2):79–88.
2. Van der Loos ML, Mulder PG, Hartong EG, et al. Efficacy and safety of lamotrigine as add-on treatment to lithium in bipolar depression: a multicenter, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(2):223–231
3. Geddes JR, Calabrese JR, Goodwin GM. Lamotrigine for treatment of bipolar depression: independent meta-analysis and metaregression of individual patient data from five randomised trials *Br J Psychiatry* (2009) 194, 4–9.
4. Tondo L, Baldessarini RJ, Floris G. Long-term clinical effectiveness of lithium maintenance treatment in types I and II bipolar disorders. *Br J Psychiatry*. 2001;178:S184-S190.
5. Smith LA, Cornelius VR, Azorin JM, et al. Valproate for the treatment of acute bipolar depression: systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2010; 122:1-9.
6. Brown EB, McElroy SL, Keck PE, Deldar A, Adams DH, Tohen M, Williamson DJ. A 7-week, randomized, double-blind trial of olanzapine/fluoxetine combination versus lamotrigine in the treatment of bipolar I depression. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:1025–1033.
7. Calabrese JR, Keck PE Jr, Macfadden W, et al. A randomized, double-blind placebo controlled trial of quetiapine in the treatment of bipolar I or II depression. *Am J Psychiatry*. 2005;162:1351-1360.
8. Thase ME, Macfadden W, Weisler RH, et al. Efficacy of quetiapine monotherapy in bipolar I and II depression: a double-blind, placebo-controlled study (the BOLDER II study). *J Clin Psychopharmacol*. 2006;26:600-609
9. Thase ME, Jonas A, Khan A, et al. Aripiprazole monotherapy in non-psychotic bipolar I depression: results of 2 randomized, placebo-controlled studies. *J Clin Psychopharmacol*. 2008;28(1):13–20.
10. Loebel A, Cucchiaro J, Silva R, et al. Lurasidone monotherapy for the treatment of bipolar depression: results of a 6-week, double-blind, placebo-controlled study. Poster presented at the 165th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, May 5-9, 2012; Philadelphia, PA.
11. Loebel A, Cucchiaro J, Silva R, et al. Lurasidone adjunctive to lithium or valproate for the treatment of bipolar depression: results of a 6-week, doubleblind, placebo-controlled study. Poster presented at the 165th Annual Meeting of the American Psychiatric Association; May 5-9, 2012; Philadelphia, PA.
12. McIntyre R, Allen M, Cucchiaro J, et al. Lurasidone for the treatment of bipolar I depression: treatment outcomes in the presence of subsyndromal hypomanic features. 166 Annual Meeting of the American Psychiatric Association; May 18-22, 2013; San Francisco, CA. Poster NR8-31.
13. Dilbaz N. Bipolar Depresyonda akılcı ilaç kullanımı. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi* 2014; 7(2): 56-66.

Şizofrenide tedavi uyumsuzluğu ve uzun etkili antipsikotiklerin kullanımı

Prof. Dr. Nesrin Dilbaz

Üsküdar Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Şizofrenide tedaviye uyumsuzluk nadir olmayan bir sorundur. Tedaviye uyum problemleri hastaneye zorla yatışların artmasına, yatış süresinin uzamasına, psikotik belirtilerin daha uzun sürede iyileşmesine, kötü prognoza ve intiharlara neden olmaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda antipsikotik ilaçlarını düzenli almayan şizofreni hastalarında relaps oranının, ilaçlarını düzenli alan hastalara göre beş kat daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tedavi uyumunu etkileyen faktörler hastaya, ilaca, hastalığa, aile ve bakım verenlere, tedarikçi sisteme ve tedaviye, çevresel etmenlerdir. İlaç yan etkileri bunlar içinde en çok bilinendir. İlaç yan etkileri dışında hasta, hastalık, ilaçlar ve çevre ile ilişkili faktörler de tedavi uyumunu etkiler.

Cinsiyet, yaş, eğitim, sosyo-ekonomik durum, bilgi düzeyi, içgörü, motivasyon, tedavinin riskleri ve yararları konusunda ki inançlar, geçmişte ki yaşantılar, geçmişte ki tedavi uyumu ve hastalığı etiketleme durumu hastaya ait en önemli nedenlerdendir. İçgörü eksikliği, kişinin hastalığına karşı olan umutsuzluğu, depresyon riskini ve bilgilendirme eksikliğini de beraberinde getirir. Dilbaz ve ark. şizofreni hastaları ile yaptıkları çalışmada, akut ve uzun dönemde tedavi uyumsuzluğu yol açan nedenlerin başında hastalığın inkarı ve ilaç yan etkileri olduğunu saptamışlardır.

İlacın etkisi, etkililiği, yane etkileri, formülasyonu, dozu ve alım sıklığı, ilacın maliyeti ve ulaşılabilirliği de ilaca ait faktörlerin başında gelmektedir. Aile ile olan ilişkinin doğası, tedaviye olan gereksime ait içgörü, bilgi, inanç ve tutum, uyumun takibi gibi etmenlerde aile ve bakım verenlere ait faktörlerdir.

Hastalığın süresi (ilk atak ve kronik gibi), hastalığın dönemi (akut, idame gibi) belirtilerin tipi ve şiddeti (negatif belirtiler, depresyon, demoralizasyon), bilişsel işlevler, madde kullanımı ve komorbidite gibi özelliklerde hastanın tedaviye uyumunu etkileyen etmenlerdendir.

Hastanın tedaviye uyumunu artırabilmek adına farmakolojik ve ilaç dışı girişimler denenmektedir. Psikoeğitim, hatırlatıcılar, ilaç kutuları ve ilaç alımının süpervizyonu uyumu artırmaya yönelik ilaç dışı girişimlerdir. Farmakolojik müdahalelerin başında da tedavi rejiminin basitleştirilmesi, yan etkilerin göz önüne alınması, tedavi kararına hastayı katmak ve uzun etkili antipsikotikleri reçete etmek sayılabilir.

Uzun etkili antipsikotiklerin tedavi uyumu üzerinde ki etkisi konusunda ki literature sonuçları karmaşıktır. Gerçek dünyayı yansıtmayan çalışma ya alınma ölçütleri çok sınırlandırıcı olan randomize kontrollü çalışmalara göre ağızdan kullanım ile uzun etkili ilaçların farkı

bulunamazken Gerçek dünyaya benzer durumlarda yapılan randomize kontrollu çalışmaların yeni meta analizlerinde uzun etkili antipsikotik tedavinin hastaneye yatışı önleme ve hastanede yatma günlerini azaltma konusunda daha etkili olduğu gösterilmiştir.

Bu olumlu sonuçlara karşın psikiyatristlerin uzun etkili ilaçları çok da sık kullanmadıkları öne sürülmektedir. Psikiyatristlerin %90'ı ilk atak hastada çok nadir olarak uzun etkili ilaçları reçete ederken %50 sinin de ancak çok sayıda relaps sonrasında tercih ettikleri saptanmıştır. Enjeksiyonla ilgili korkular, ağrı ve yan etki konusunda ki kaygılar, maliyet ve personel sıkıntısı bu çekincenin baslıca nedenlerindendir.

Kaynaklar

1. Day JC, Bentall RP, Roberts C, Randall F, et al. Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:717-24.
2. Tsang HW, Fung KM, Corrigan PW. Psychosocial and socio-demographic correlates of medication compliance among people with schizophrenia. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2009;40:3-14.
3. Beck EM, Cavelti M, Kvirgic S, Kleim B, et al. Are we addressing the 'right stuff' to enhance adherence in schizophrenia? Understanding the role of insight and attitudes towards medication. *Schizophr Res* 2011;132:42-9.
4. Bressington D, Mui J, Gray R. Factors associated with antipsychotic medication adherence in community-based patients with schizophrenia in Hong Kong: a cross sectional study. *Int J Ment Health Nurs* 2013;22:35-46.
5. Byerly MJ, Nakonezny PA, Lescouffair E. Antipsychotic medication adherence in schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 2007;30:437-52.
6. Dilbaz N, Karamustafaloğlu O, Oral T. Psikiyatri polikliniğe başvuran şizofreni hastalarında tedaviye uyumun ve uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2006;16:223-32.

Fikret Mualla: Bakirköy'den Paris'e bir Türk ressamın ruhsal portresi

Uzm. Dr. Nezih Eradamlar

İstanbul Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

- Cumhuriyet döneminin en önemli ressamlarından...
- Hırçın bir gençlik dönemi ve alkole düşkünlük...
- 1920'ler Almanya'sında resim öğrenimi...
- 1937'de Beyoğlu'nda devlet başkanına hakaret suçlamasıyla yaşamının en büyük travması...
- Galatasaray karakolunda saatler boyu gördüğü kötü muamele, ardından Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ne adli yolla zorunlu yatışı...
- 1939'da Paris'e yerleşme...
- Resimdeki yeteneğini ortaya koyma...
- Alkol bağımlılığı, yeniden ruh ve sinir hastanesine yatış, yoksulluk içinde geçen bir yaşam...
- Paris melodileri eşliğinde tablolarından bir seçki.

Alkol kullanım bozukluklarının nörobiyolojisi

Doç. Dr. Cem Şengül

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Psikiyatri ABD, Denizli

Çağımızın en önemli halk sağlığı sorunlarının başında gelen bağımlılığın 3 saç ayağını beyin ödül sistemi, maddeye bağılı yoksunluk ve aşırma oluşturmaktadır (Şengül ve Dilbaz 2013). Bu üç kısmın ve madde bağımlılığının diğer bileşenlerinin hepsinin nörobiyolojik temelleri uzun zamandır bilinmekle birlikte bu alanda çalışmalar devam etmektedir. Her şeyden önce madde bağımlılığının preklinik araştırmalarda daha kolay modellenenebilir olması bu alanda çok sayıda araştırma yapılmasına ve bilgi dağarcığımızın genişlemesini sağlamıştır (Şengül 2010).

Günümüzde madde bağımlılığının nörobiyolojisi farklı yönleri ile incelenmektedir. Beyinde temel yapısal ve fonksiyonel birim nöron hücresidir. Bu hücreler iletiyi alır, işler ve iletirler. Madde bağımlılığının nörobiyolojisi incelenirken nöron hücresinin çekirdeğinde sitoplazmasında ve zarında ne gibi değişiklikler olduğu günümüzde incelenabilmektedir. Daha sonra nörotransmitterler bunların oluşturduğu yollar ve bunların farklı maddelerden nasıl etkilendiği üzerinde durulmaktadır (Uzbay 2015).

Bağımlılık yapan maddelerin hücre içinde yaptığı etkiler öncelikle preklinik araştırmalarda ele alınmıştır. İlerleyen moleküler biyolojik teknikler sayesinde hücre içinde ve çekirdeğinde olan değişiklikler daha yakından incelenabilmektedir. Yapılan çalışmalarda DNA'dan RNA sentezine ve oradan da protein sentezine etki eden bazı transkripsiyon faktörlerinin bağımlılık gelişiminde rol oynadığı gösterilmiştir. Nestler ve arkadaşları bu transkripsiyon faktörlerinden CREB ve Δ fosB'nin kokaine verilen davranışsal cevapları etkilediklerini, CREB'in kısa dönemde gözlenen değişikliklerde etkili olurken Δ fosB'nin uzun dönem cevapları düzenlediğini bildirmişlerdir (Nestler 2004). Bunun dışında başka transkripsiyon faktörlerinin ve ikincil habercilerin de bağımlılık gelişimde rol oynadığı da bildirilmiştir.

Madde bağımlılığı gelişiminde hücreler arası iletişim incelenirken nörotransmitterler üzerinde durulmaktadır. Farklı maddeler farklı nörotransmitterleri etkilemekle birlikte hepsi bir şekilde beyin ödül sistemini harekete geçirmektedir. Yine yoksunluk, tolerans ve aşırma gibi bağımlılıkta karşılaştığımız durumların ortaya çıkmasında bu nörotransmitter sistemlerinin rol oynadığı gösterilmiştir. Başta dopaminerjik yolak olmak üzere noradrenerjik, serotonerjik, glutamaterjik, gaberjik ve endojen opiyat sisteminin bağımlılık gelişiminde etkisi gösterilmiştir. Son zamanlarda nitreerjik sistem, agmatin ve endocannabinoid sistem üzerinde daha çok durulmaktadır. Bu nörotransmitterlerin hem kendi reseptörleri hem de dolaylı olarak diğer nörotransmitter reseptörlerine de etki edebildikleri unutulmamalıdır.

Nörotransmitterler dışında nöropeptidler de bağımlılık gelişiminde rol oynamaktadır. Kolesistokinin ve p maddesi bağımlılık gelişmesi ile ilişkili bulunana bazı nöropeptidlerdir (Uzbay 2015, Koob ve Simon 2009).

Sonuç olarak son 50 yıl içinde bağımlılık nörobiyolojisinde önemli gelişmeler olmuştur. Bu gelişmeler moleküler biyoloji ve nörotransmitter sistemler olmak üzere iki ana başlıkta gerçekleşmiştir. Ben konuşmamda bu alandaki son bilgileri özetlemeyi amaçladım.

Kaynaklar

1. Sengul C, Dilbaz N (2013) Alkol Aşermesinin Nörobiyolojisi, Genetiği ve Tedavisi. Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 26: 381-7.
2. Şengül C (2010) İlaç suistimali ve İlaç Bağımlılığı” Türkiye Klinikleri J Neurol Special Topics, 199-203.
3. Uzbay T (2015) Madde Bağımlılığı Medikal Sağlık veYayıncılık hizmetleri İstanbul ISSN: 978-605-4949-33-5.
4. Nestler EJ (2004) Molecular mechanisms of drug addiction. Neuropharmacology 47:24–32
5. Koob GF, Simon EJ (2009) The Neurobiology of Addiction: Where We Have Been and Where We Are Going. J Drug Issues.39(1):115-132.

Frontotemporal demans

Prof. Dr. İsmet Kırpınar

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Frontotemporal lobar dejenerasyon olarak ta bilinen bu demans türü; primer olarak genelde kişilik, davranış ve lisanla ilgili beyin bölgeleri olan frontal ve temporal anterior loblarının işlev bozulmalarına bağlı olarak geliştiği kabul edilen bir grup hastalığın oluşturduğu bir sendromdur. Etkilenen beyin kısımlarına göre belirti ve bulgular değişiklikler gösterir. Bazı hastaların kişiliklerinde dramatik değişiklikler gözlenir ve uygunsuz toplumsal davranışlar, impulsivite veya duygusal kayıtsızlık ortaya çıkarken, diğer hastalarda dilin kullanımı yeteneği kaybedilir. Genellikle psikiyatrik tanılar ve Alzheimer'le karışır. Ancak Alzheimer'e göre genellikle 40-70 yaşlar arası gibi daha genç yaşlarda ortaya çıkar. Çoğu hastada ilk önce davranışsal değişiklikler gözlenir ve tanı koydurucu bir biomarker olmadığı için esas veya destekleyici nöropsikiyatrik özellikler oldukça önemlidir. Başta davranış varyantında olmak üzere kişilik ve davranış değişimleri, apati, tekrarlayıcı kompulsyon benzeri davranışlar, içgörünün yokluğu özellikle erken evrelerde tanıda sorun oluşturmakta, FTD olgularına psikoz, şizofreni, depresyon, geç başlangıçlı bipolar bozukluk gibi yanlış tanılar konulmasına neden olabilmektedir (Woolley ve ark. 2007, Blass ve Rabins 2009).

Uzun yıllar nadir görülen bir hastalık olduğu düşünülmüşse de; son yıllarda yapılan çalışmalar, fronto temporal demans (FTD) prevalansının 60 yaşından önce Alzheimer Hastalığı (AH) ile eşit veya daha yüksek olduğunu göstermiştir. 65 yaşından genç demanslıların %20-50'sinde FTD olduğu sanılmaktadır. Hastalık genellikle 45-65 yaş arasında sinsi başlar ve her iki cinsiyeti eşit oranda etkiler. Semptomların başlangıcından itibaren ortalama yaşam süresi 6-9 yıldır. Hastalığın yarıya yakını ailevidir. Postmortem çalışmalarda, tüm demanslar içinde görülme oranı %3-10'dur (Kaye ve ark. 2010, Arvanitakis 2010, Rohrer ve ark. 2009). Toplum temelli çalışmalarda FTD yaygınlığı, Zuid-Hollanda çalışmasında (Rosso ve ark. 2003) 100.000'de 3.6-9.4, Kuzey Londra çalışmasında (Stevens ve ark. 2002) ise 100.000'de 7.8 olarak bildirilmiştir.

Zaman zaman aynı klinik tabloyu tanımlamak için farklı terminolojiler kullandığından FTLD'ye ilişkin literatürler kafa karıştırıcı olabilir. Bazı klinisyenler hastalığın davranış değişiklikleri ile ortaya çıkan tipini frontotemporal demansın frontal varyantı (fv-FTD), semantik demans için ise frontotemporal demansın temporal varyantı (tvFTD) olarak adlandırmışlardır. Neary ve ark. (1998), Amerikan Nöroloji Akademisinde (AAN) Frontotemporal lobar dejenerasyonun klinik tanınal ölçütleri ile ilgili bir uzlaşma yayınlamışlardır. Frontal ve temporal lobları etkileyen klinik sendromlar frontotemporal lobar dejenerasyon (FTLD) olarak

adlandırılmış ve FTLD, frontal lob demansı, semantik demans ve progresif akıcı olmayan afazi olarak başlıca üç gruba ayrılmıştır. Klinik Uzlaşma Ölçütleri'nde, hastalığın başlangıç döneminde sık görülen “kişilik değişimi ve sosyal davranış değişiklikleri” tanımlanmıştır.

Sonraki klinik ve genetik çalışmalar yeni nöroanatomik ve patolojik sendromlar tanımlamıştır. Buna göre FTD; aşağıdaki sendromlardan herhangi biri şeklinde görülebilir (Rohrer ve ark. 2009, Kertesz ve ark. 2003, Seelaar ve ark 2011):

FTD'in davranışsal varyantı

Ağırlıklı olarak kişilik ve davranışın etkilendiği grup. Genellikle depresyon belirtileriyle başlar ve giderek kişilerarası ilişkiler ve sosyal hayatta kısıtlılıklar görülür.

Konuşma-dil varyantı

Erken dönemlerde lisan becerilerini etkiler fakat ilerledikçe davranışlarda da bozulmalar görülür.

2 ana formu vardır:

1. Semantik demansta, hasta kolay konuşur fakat kelimeleri giderek anlamsızlaşır. “Kedi” gibi isimlendirmeler yerine “hayvan” gibi genel terimleri kullanırlar. Lisanın kapsamı da giderek daralır.
2. Progressif akıcı olmayan (ilerleyici tutuk) afazide ise kelimelerin kolay üretimi kaybolur ve konuşma duraklamalı, “dili bağlanmış”, gramere uymayan bir hal alır. Okuma –yazma bozulabilir.
3. C. FTD hareket bozuklukları birliktelikleri; belirli istemsiz, otomatik kas işlevlerini etkiler. Ayrıca lisan ve davranışları da bozarlar.
4. Frontotemporal Demans-Motor Nöron Hastalığı
5. Parkinsonizmli Frontotemporal Demans (FTDP-17)
6. Amyotrophic lateral sklerozlu FTD (FTD-ALS) kromozom 9 da yeni C9ORF72 genine bağlı
7. Kortikobazal dejenerasyon; titremeler, koordinasyon kaybı ve kas rijidite ve spazmlarına neden olur.
8. Progressif supranükleer palzi, yürüme ve denge problemlerine yol açar, sık düşmeler ve özellikle boyun ve beden üst yarısı kaslarında sertleşmeler yapar. Ayrıca göz hareketleri de etkilenebilir.

Tanı ve klinik

FTD için tanısal bir test yoktur. Hekimin hastanın belirtileri hakkındaki profesyonel yargısına dayanan klinik bir tanı söz konusudur. MRI frontal ve temporal loblardaki daralmayı gösterdiği için önemli olabilir. Genetik bulgular muhtemel tanı için yol gösterici diğer ipucudur. DSM-V (APA 2013), Frontotemporal demans tanısı için öncelikle a. Major veya hafif nörobilişsel bozukluk tanı ölçütlerinin doldurulması ve b. Sinsi başlangıç, yavaş seyir

olması gerektiğine işaret ettikten sonra c. İki ayrı variant için ayrı ölçütler: 1. Davranışsal ağırlıklı FTD için; a. Aşağıdaki davranışsal belirtilerden en az üçü: i. Davranışsal dizinhibisyon, ii. Apati veya hareketsizlik, iii. Sempatik veya empati kaybı, iv. Perseveratif, stereotipik veya kompulsif/ritualistik davranış, v. Hiperoralite ve diyet değişiklikleri, b. Sosyal bilişte ve/veya yürütücü işlevlerde belirgin gerileme. 2. Lisan ağırlıklı FTD için: a. Konuşma üretimi, kelime bulma, nesne adlandırma, gramer ve kelime anlama biçiminde lisan yeteneğinde belirgin gerileme olmasını, b. Öğrenme/bellek ve algısal-motor işlevlerin görece korunmuş olmasını, c. Bozukluğun SVH, başka bir nörodejeneratif hastalık, madde etkisi veya başka bir mental, nörolojik veya sistemik hastalıkla daha iyi açıklanamamasını, d. Aşağıdakilerden her ikisi de varsa Muhtemel (probable), aksi takdirde Mümkün (possible) frontotemporal nörobilişsel bozukluk olarak tanı konacağını bildirmektedir: 1. Aile öyküsü veya genetik testlerden frontotemporal nörobilişsel bozukluğa neden olabilecek genetik mutasyon kanıtları. 2. Beyin görüntülemiden frontal ve /veya temporal lobda oransız tutulumu kanıtları. Genetik mutasyon kanıtları yok veya beyin görüntüleme yapılmadıysa, tanı Mümkün (possible) Frontotemporal Nörobilişsel Bozukluk olarak konur.

Etkilenen nöroanatomik bölgelerle ilişkili farklı psikiyatrik belirtiler görülmektedir.

Kişilik ve davranış değişiklikleri

Sinsi başlangıçlı kişilik değişimleri, kişiler arası ilişkilerde ve duygulanımda bozulma davranışsal varyantın temel özelliğidir. Çocuksuluk, uygunsuz şakalar, cinsel içerikli sözler söyleme gibi sosyal olarak uygunsuz davranışlar, kendine bakımın ihmali, tuhaf şeyler biriktirme, yeme alışkanlığında değişme, dakiklikle ilgili kompulsiyonlar, geç başlangıçlı patolojik kumar ve nadir olarak aşırı dini uğraşlar davranış varyantında görülebilir. Semantik demansta; zamanlama konusunda aşırı duyarlılık, günlük rutinlere aşırı bağlılık gibi kompulsif belirtiler bulunur. Davranışsal belirtilerin ve hastalığın şiddeti ilişkili olup ajitasyon, disinhibisyon, iritabilitenin daha çok geç evrelerde ortaya çıktığı düşünülmektedir (Piguet ve ark. 2011).

Duygudurum belirtileri

Depresyon, apati, iritabilite, anksiyete, öfori görülebilir. Duygudurum belirtileri içinde “apati”, hem yaygınlığı hem de depresyon ayırıcı tanısındaki önemi nedeniyle ayrıcalıklı bir yere sahiptir. Durgunluk, motivasyon eksikliği, eski hobilerle ilgilenmeme, ilerleyici sosyal çekilme nedeniyle FTD olguları depresyon tanısı alabilir. Ayrıca, davranışsal belirtiler arasında bulunan öfori, uygunsuz şakacılık, kendine güven artışı, iritabilite, hastaların başlangıçta hipomani, mani olarak yanlış tanı almasına neden olabilir. Geç başlangıçlı, tedaviye dirençli depresyon olgularında, ayırıcı tanıda FTD düşünülmelidir. Major depresif bozuklukta görülen üzüntü, anksiyete, suçluluk, karamsarlık, uykusuzluk, iştah kaybı gibi belirtilerin FTD’de belirgin olmaması ayırıcı tanıda yardımcı olabilir. Ayırıcı tanıda “davranışsal belirtilerin tipik ya da atipik olması, FTD hastalarının görüşme sırasında sosyal ipuçlarını değerlendirmelerindeki yetersizlikleri, göz ilişkisi kurmalarındaki sınırlılık, sorulara verdikleri yanıtların yanlış veya doğru olması ile ilgili kaygılarının olmaması” yardımcı olabilir.

Psikotik belirtiler

Disinhibisyon, uygun olmayan sosyal davranışlar, tekrarlayıcı kompulsiyon benzeri davranışlar, içgörünün yokluğu nedeniyle FTD olguları, geç başlangıçlı şizofreni veya atipik psikoz tanısı alabilmektedir. Psikotik belirtiler, FTD hastalarında %13-14 oranlarında görülmektedir. Ancak, FTD'de psikotik belirtilerin AH'ye göre çok daha düşük oranlarda (FTD %2.3, AD %17.4) görüldüğü bildirilmiştir. Sanrılarının sıklığının %14 olduğu, ağırlıklı olarak davranışsal varyantta ve bilateral veya sağ baskın etkilenmede görüldüğü saptanmıştır. En yaygın sanrılar, paranoid ve somatik sanrılar olduğu, özellikle erken dönemde görüldükleri bildirilmiştir (Mendez ve ark. 2008, Passant ve ark. 2005).

Emosyonel küntleşme, yargılamada bozulma, içgörü kaybı, kişisel bakımda azalma, sosyal işlevlerde bozulma şizofreninin negatif belirtileri arasında yer almakta ve FTD'de de görülmektedir.

FTD ile alzheimer demansı arasındaki anahtar farklılıklar

Yaş: FTD'li hastaların çoğunda tanı 50'li veya erken 60'lı yıllarda konur. Sadece %10 gibi küçük bir kısmında tanı 70 yaşından sonra konmaktadır.

Bellek kaybı FTD'dan çok Alzheimer'in belirgin belirtisidir. FTD'da daha ileri dönemlerde ortaya çıkar.

Davranış değişiklikleri davranışsal varyant FTD'nin en çok farkedilen belirtisidir. Alzheimer'de de bu değişiklikler ender değildir ama daha ileri dönemlerde ortaya çıkarlar.

Uzamsal oryantasyon problemleri — örneğin, tanıdık yerlerde kaybolma — Alzheimer'de daha yaygındır.

Konuşma problemleri

Alzheimer'li hastalar doğru kelimelerle düşünme veya isimleri hatırlamada zorluklar yaşasalar da; konuşmakta, başkalarının konuşmalarını anlamakta veya yazmakta FTD'lılar kadar zorlanmazlar.

Hallüsinasyon ve hezeyanlar görece Alzheimer'de daha yaygın, FTD'da daha azdır.

Tedavi

Frontotemporal demansın halen özgül bir tedavisi bulunmamaktadır. Tedavi yaklaşımlarında ağırlığı, özellikle davranışsal belirtilerin kontrolüne yönelik tedaviler oluşturmaktadır. FDA onaylı tedavi yoktur.

B-amiloid'e karşı geliştirilmekte olan tedavilerin etkili olduğuna dair bir veri yoktur. Nöroprotektif tedavilerle hastalığın gidişini yavaşlatmak hedeflenmektedir. Ancak bu amaçla kullanılan ilaçlar için, uzun dönemde etkinliklerini değerlendirecek çalışmalara gerek vardır. Tedavide yaygın kullanılan ilaçlar, antidepresanlardır (AD). Diğer kullanılan ilaçlar ise, asetil kolinesteraz inhibitörleri, NMDA reseptör antagonistleri, psikostimülanlar ve antipsikotiklerdir. Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) özellikle disinhibite, tekrarlayıcı

davranışlar, uygunsuz cinsel davranışlar, kompulsiyon ve yeme bozuklukları tedavisi için en çok önerilen ilaçlardır. Stereotipik hareketler özellikle sertralin ile azalmaktadır (Chow 2005, Moretti ve ark. 2003a, Huey ve ark. 2006, Lebert ve ark. 2004).

SSRI'larla semptom kontrolünün yeterli olmadığı veya psikotik özellikli belirtilerin ön planda olduğu hastalarda, tipik antipsikotiklerin sınırlı ve dikkatli kullanımı önerilebilir (Asmal ve ark. 2013). Ancak somnolans, kilo alımı ve Parkinsonizm kullanımlarını kısıtlamaktadır. Özellikle EPS'ye duyarlılık vardır (Moretti ve ark. 2003b).

Kolinesteraz inhibitörleri ile nöropsikiyatrik ve işlevsel gidişlerde hafif düzeltilmeler kaydedilmiştir. İlaç sınıfları arasında fark yoktur. Asetilkolinesteraz inhibitörü Rivastigminle yapılan bir çalışmada duygudurum ve davranışlarda ılımlı bir düzelme görülmüştür (Moretti ve ark. 2004). Ancak Alzheimer hastalığındakinin aksine FTD'de kolinerjik eksikliğin olmaması ve bundan dolayı AChI kullanmanın da bir mantığının olmaması yanında donepezil ile kötüleşen ve ilaç kesilince çözülen dizinhibisyon ve kompulsiyonlarla ilgili vaka serileri kolinesteraz inhibitörlerinin rutin kullanımını engellemektedir (Mendez ve ark. 2007). Bir meta-analiz memantinle ılımlı düzeltilmeler bildirmiştir, iyi tolere edilmiştir, tek yan etki konfüzyon ve sedasyondur (Maidment ve ark. 2008). Ancak Boxer ve ark. (2013) yakınlarda yaptıkları randomize, çift-kör, karşılaştırmalı bir çalışmada etkisiz olduğunu bildirmişlerdir.

Kaynaklar

1. Woolley JD, Wilson MR, Hung E ve ark. (2007) Frontotemporal dementia and mania. *Am J Psychiatry* 164:1811-1816.
2. Blass DM, Rabins PV (2009) Depression in frontotemporal dementia. *Psychosomatics* 50:239-247.
3. Kaye ED, Petrovic-Poljak A, Verhoeff NP ve ark. (2010) Freedman M. Frontotemporal dementia and pharmacologic interventions. *Neuropsychiatry Clin Neurosci* 22: 19-29.
4. Arvanitakis Z (2010) Update on frontotemporal dementia. *Neurologist* 16:16-22.
5. Rohrer JD, Guerreiro R Vandrovcova J ve ark. (2009) The heritability and genetics of frontotemporal lobar degeneration. *Neurology* 73:1451-14.
6. Rosso SM, Donker Kat L, Baks T ve ark. (2003) Frontotemporal dementia in the Netherlands: patient characteristics and prevalence estimates from a population-based study. *Brain* 126:2016-2022.
7. Stevens T, Livingston G, Kitchen G ve ark. (2002) Islington study of dementia subtypes in the community. *Br J Psychiatry* 180:270-276.
8. Neary D, Snowden J, Mann D (2005) Frontotemporal dementia. *The Lancet Neurology* 4(11):771-780.
9. Kertesz A, Munoz D (2004) Relationship between frontotemporal dementia and corticobasal degeneration/progressive supranuclear palsy. *Dement Geriatr Cogn Disord* 17:282-286.
10. Seelaar H, Rohrer JD, Pijnenburg YA ve ark. (2011) Clinical, genetic and pathological heterogeneity of frontotemporal dementia: a review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 82(5):476-486.
11. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
12. Piguet O, Hornberger M, Mioshi E ve ark. (2011) Behavioural-variant frontotemporal dementia: diagnosis, clinical staging, and management. *Lancet Neurol* 10:162-172.
13. Mendez MF, Shapira JS, Woods RJ ve ark. (2008) Psychotic symptoms in frontotemporal dementia: prevalence and review. *Dement Geriatr Cogn Disord* 25:206-211.
14. Passant U, Elfgrén C, Englund E ve ark (2005) Psychiatric symptoms and their psychosocial consequences in frontotemporal dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 19 (Suppl.1):15-18.

15. Chow TW (2005) Treatment approaches to symptoms associated with frontotemporal degeneration. *Curr Psychiatry Rep* 7:376–380.
16. Moretti R, Torre P, Antonello RM ve ark. (2003) Frontotemporal dementia: paroxetine as a possible treatment of behavior symptoms. A randomized, controlled, open 14-month study. *Eur Neurol* 49:13–19.
17. Huey ED, Putnam KT, Grafman J (2006) A systematic review of neurotransmitter deficits and treatments in frontotemporal dementia. *Neurology* 66:17–22.
18. Lebert F, Stekke W, Hasenbroekx C ve ark. (2004) Frontotemporal dementia: a randomised, controlled trial with trazodone. *Dement Geriatr Cogn Disord* 17: 355–359.
19. Moretti R, Torre P, Antonello RM ve ark. (2003) Olanzapine as a treatment of neuropsychiatric disorders of Alzheimer's disease and other dementias: a 24-month follow-up of 68 patients. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 18: 205–214.
20. Asmal L, Flegar SJ, Wang J ve ark. (2013) Quetiapine versus other atypical antipsychotics for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 11: CD006625.
21. Moretti R, Torre P, Antonello RM ve ark. (2004) Rivastigmine in frontotemporal dementia: an open-label study. *Drugs Aging* 21: 931–937.
22. Mendez MF, Shapira JS, McMurtray A ve ark. (2007) Preliminary findings: behavioral worsening on donepezil in patients with frontotemporal dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* 15: 84–87.
23. Maidment ID, Fox CG, Boustani M ve ark. (2008) Efficacy of memantine on behavioral and psychological symptoms related to dementia: a systematic meta-analysis. *Ann Pharmacother* 42(1):32–8.
24. Boxer AL, Knopman DS, Kaufer DI ve ark. (2013) Memantine in patients with frontotemporal lobar degeneration: a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet Neurol* 12: 149–156.

Uyku-uyanma bozukluklarının epidemiyolojisi

Prof. Dr. Orhan Doğan

Beykent Üniversitesi, FEF Psikoloji Bölümü, İstanbul

Uyku bozuklukları ve uyku bozukluğu belirtileri en yaygın yakınmalardandır. Her yaştaki, her cinsiyetteki, her farklı özellik taşıyan insanların yaşamını sağlıklı biçimde sürdürmesi, denge durumunu sağlaması ve sürdürmesi için gerekli bir fizyolojik durumdur.

Uyku bozuklukları çeşitli psikiyatrik bozuklukların, madde kötüye kullanımının ve çeşitli bedensel hastalıkların gelişmesinde risk etkenidirler.

Uyku bozuklukları bedensel, ruhsal, nörolojik, toplumsal, mesleksel sorunlara neden olur; bir bütün olarak bakıldığında yaşam kalitesini kötüleştirir.

Uyku bozuklukları ve bozukluk belirtileri psikiyatrik bozukluklarla yakından ilişkilidir. Uyku bozuklukları nöropsikiyatrik bozuklukları içerirken, psikiyatrik bozukluklarla uyku bozukluğu veya belirtileri görülür. Bir psikiyatrik bozukluğa uyku bozukluğunun eşlik etmesi, psikiyatrik bozukluğun gidişini ve sonlanmasını kötüleştirir (Buysse ve ark. 2008).

Uyku ve uyku bozukluklarının bu kadar önemli olmasına karşın, epidemiyolojik özellikleriyle ilgili çalışma sayısı azdır. Epidemiyolojik çalışmalar açısından belki de en az çalışılmış alandır. Bunun genel ve özel çeşitli nedenleri vardır (Doğan 2011):

- Uykuyu ve uyku bozukluklarını tanıma, belirtileri ayırt etme, belirtileri anlatıma kavuşturma tümüyle bireyseldir. Bir özelliği herkes farklı algılayıp farklı yorumlayabilir. Bu nedenle doğru bilgi alma güçlüğü vardır.
- Uyku bozukluğu tanısında klinik ve polisomnografik veriler çok önemli olmakla birlikte, yakın zamana kadar polisomnografik veriler tanı ölçütlerinde yer almıyordu.
- Uykuyla ilgili normal ve normal olmayan özelliklerin ayrımı net değildir.
- Geçerli ve güvenilir ölçekler geliştirilmiş olmakla birlikte, ölçek çalışmaları klinik durumu tam olarak yansıtmamaktadır.
- Uyku ve özellikleri kültürle yakından ilişkilidir.
- Epidemiyolojik veriler en doğru ve güvenilir olarak geniş ölçekli alan çalışmalarıyla elde edilir. Bu çalışmalar zaman, para ve eğitilmiş eleman gerektirdiği için yapılması güçtür. Uyku bozukluklarıyla ilgili veriler daha çok tedavi için başvuranlarla ilgilidir.

Uyku-uyanma bozukluklarının sınıflandırılması

Dünya Sağlık Örgütü ve Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırmalarıyla Amerikan Uyku Bozuklukları Akademisi'nin sınıflandırması büyük oranda birbirlerine benzerdir. Bu sınıflandırmaların ana başlıkları aşağıda verilmiştir.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders beşinci baskısında (DSM-5) yapılan en önemli yenilik, özellikle dissomniyaların çoğunun tanı ölçütlerine polisomnografik kanıtların da eklenmesidir. Bu değişikliklerle tanının geçerliliği ve güvenilirliği artırılmıştır.

DSM-IV-TR Uyku Bozuklukları (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*) (American Psychiatric Association 2000)

Birincil Uyku Bozuklukları

Dissomniyalar

- Birincil uykusuzluk
- Birincil aşırı uykululuk
- Narkolepsi
- Solunumla ilişkili uyku bozuklukları
- Sirkadiyan ritim uyku bozuklukları
- Başka biçimde özgülleştirilmemiş dissomniya

Parasomniyalar

- Kabus bozukluğu
- Uyku korkusu bozukluğu
- Uyurgezerlik bozukluğu
- Başka biçimde özgülleştirilmemiş parasomniya

Bir başka mental bozuklukla ilişkili uyku bozuklukları

- Bir eksen I veya eksen II bozukluğuyla ilişkili uykusuzluk
- Bir eksen I veya eksen II bozukluğuyla ilişkili aşırı uykululuk

Diğer uyku bozuklukları

- Bir genel tıbbi durumla ilişkili uyku bozukluğu
- Maddeye bağlı uyku bozukluğu

DSM-5 Uyku-Uyanma Bozuklukları (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5*) (American Psychiatric Association 2013)

Uykusuzluk bozukluğu

Aşırı uykululuk

Narkolepsi

Solunumla ilişkili uyku bozuklukları

- Obstruktif uyku apnesi-hipopnesi
- Merkezi uyku apnesi
- Uykuyla ilişkili hipovekilasyon
- Sirkadiyan ritim uyku-uyanma bozuklukları

Parasomniyalar

- NREM uykusunda uyanma bozuklukları
- Uyurgezerlik tipi
- Uyku terörü tipi

Karabasan bozukluğu
REM uykusunda davranış bozukluğu
Huzursuz bacaklar sendromu
Maddeye/ilaca bağlı uyku bozukluğu
Diğer belirlenmiş uykusuzluk bozukluğu
Belirlenmemiş uykusuzluk bozukluğu
Diğer belirlenmiş aşırı uykululuk bozukluğu
Belirlenmemiş aşırı uykululuk bozukluğu
Diğer belirlenmiş uyku-uyanma bozukluğu
Belirlenmemiş uyku-uyanma bozukluğu

ICD-10 Organik Bir Nedene Bağlı Olmayan Uyku Bozuklukları (*The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*) (World Health Organization 1992)

Organik bir nedene bağlı olmayan uykusuzluk
Organik bir nedene bağlı olmayan aşırı uykululuk
Organik bir nedene bağlı olmayan uyku-uyanma ritim bozukluğu
Uyurgezerlik
Gece terörü
Anksiyeteli düşler
Organik bir nedene bağlı olmayan diğer uyku bozuklukları
Organik bir nedene bağlı olmayan belirlenmemiş uyku bozukluğu

Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırması (*The International Classification of Sleep Disorders, second edition, (ICSD-2): Diagnostic and Coding Manual, 2005*) (American Academy of Sleep Medicine 2005)

Uykusuzluklar
Uykuyla ilişkili solunum bozuklukları
Merkezi kökenli aşırı uykululuk
Sirkadiyan ritim uyku bozuklukları
Parasomniyalar
Uykuyla ilişkili hareket bozuklukları

Uyku-Uyanma Bozukluklarının Epidemiyolojisi

Uyku Yakınmaları

Uyku ile ilgili yakınmalar veya uyku-uyanma bozukluklarının belirtileri, uyku-uyanma bozukluklarının yaygınlığını veya sıklığını göstermez. Bu verilerin önemi, toplumda hasta olmayan, fakat risk altındaki kişilerin belirlenmesini sağlamasıdır.

Brezilya'da 132 kentten 2017 kişiyle yapılan çalışmada her denegin ortalama 1.9 uyku belirtisinden yakindigi bulunmüstür. En yaygin uyku yakinmalari hafif uyku (%27), horlama (%25), yetersiz uyku (%23), uykuda hareket (%22), uykusuzluk (%21) olarak bulunmüstür. Uyku-uyanma yakinmalari kadınlarda erkeklerden daha yüksek oranda bulunmüstür (Hirotsu ve ark. 2014). Ankara'da 15-65 yasları arasındaki 1034 kişide uykusuzluk belirtileri %23.7 oranında bulunmüstür (Aslan ve ark. 2006).

DSM-5, uyku-uyanma bozukluklarını 10 bozukluk veya bozukluk grubunda toplamıştır: Uykusuzluk bozukluğu, aşırı uyku ve uykululuk bozukluğu, narkolepsi, solunumla ilişkili uyku bozuklukları, sirkadiyan ritim uyku-uyanma bozuklukları, non-rapid eye movement (NREM) uykusunda uyanma bozuklukları, karabasan bozukluğu, rapid eye movement (REM) uykusunda davranış bozukluğu, huzursuz bacaklar sendromu, maddeye/ilaca bağlı uyku bozuklukları. Burada bu bozuklukların epidemiyolojik özellikleri gözden geçirilecektir.

Uykusuzluk Bozukluğu (Insomnia Disorder)

En çok bilinen ve en yaygın uyku-uyanma bozukluğudur. Uykusuzluk belirti olarak da toplumda yüksek oranda görülür. DSM-IV, ICD-10 ve Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırmasına göre uykusuzluğun yaygınlığının karşılaştırıldığı çalışmada en düşük oran ICD-10 ile bulunmüstür (Chung ve ark. 2015).

Uykusuzluk bozukluğu her yaşta ve cinsiyette görülür. Kadınlarda erkeklerden daha yüksek orandadır. Türkiye'de yaygınlığının yaşla arttığı bulunmüstür (Benbir ve ark. 2015, Özgen ve Yetkin 2008).

Toplumda uykusuzluk belirtisinin oranının %30-50 arasında (Andreasen ve Black 2001, APA 2013, Buysse ve ark. 2008), uykusuzluk bozukluğunun oranının %5-20 arasında olduğu bildirilmiştir (APA 2013, Ohayon 2002, Özgen ve Yetkin 2008, Uhling ve ark. 2014). Birinci basamak sağlık birimlerinde ve psikiyatri kliniklerinde bir yıllık uykusuzluk belirtilerinin yaygınlığı %66 olarak bildirilmiştir (Buysse ve ark. 2008). Portekiz'de 6919 ergende uykusuzluk bozukluğunun yaygınlığı %8.3 oranında bulunmüstür (Amaral ve ark. 2014). Uykusuzluk bozukluğu olanların yaklaşık yarısında bir psikiyatrik bozukluk da vardır (Andreasen ve Black 2001, APA 2013).

Kadın cinsiyeti, ileri yaş, işsizlik, aile öyküsü, boşanmış olmak veya ayrı yaşamak, anksiyeteye yatkınlık, bir psikiyatrik bozukluk veya bir bedensel hastalık eş tanısı, düşük sosyoekonomik düzey uykusuzluk bozukluğu için risk etkenleridir (Andreasen ve Black 2001, Benbir ve ark. 2015, Buysse ve ark. 2008, Green ve ark. 2014). Uykusuzluk bozukluğunu başlatan veya sürdüren etkenler arasında ruhsal-toplumsal stresler, ilişki güçlükleri, mesleksel ve parasal güçlükler vardır (Buysse ve ark. 2008).

Uykusuzluk bozukluğu en çok depresyon, anksiyete bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarıyla birlikte; bunların gelişmesi riskini de artırır (Rieman ve Voderholzer 2003).

Uykusuzluk bozukluğu kronik bir gidiş gösterir ve yineleyici özelliktedir. Kazalara, düşmeye neden olur; yaşam kalitesini düşürür (Buysse ve ark. 2008).

Aşırı Uyku ve Uykululuk Bozukluğu (Hypersomnia, Excessive Daytime Sleepiness)

Gece uykusunun süresinde uzama ve uyanma güçlüğü veya gece uykusunun süresinde uzama olmadan gündüz uyku nöbetleri vardır. Gündüz uyku nöbetleri bir saatten uzun olmak üzere 1-2 kezdir ve narkolepsidekinden daha uzundur (Andreasen ve Black 2001, Bassetti ve ark. 2005).

Tipik olarak ergenlik ve genç erişkinlik döneminde başlar, genellikle erişkinlikte de sürer (American Psychiatric Association 2013, Buysse ve ark. 2008). Görülme oranında cinsiyete göre önemli bir farklılık yoktur.

Toplumda yaygınlığının %1-5 arasında görüldüğü öne sürülmüştür (American Psychiatric Association 2013, Andreasen ve Black 2001), fakat kesin yaygınlık oranının bilinmediği de bildirilmiştir (Buysse ve ark. 2008). Avustralya'da 20-94 yaşları arasındaki 2050 kişide, kadınlarda %13.6, erkeklerde %10.4 oranında bulunmuştur (Hayley ve ark. 2014).

Bazı hastalarda bazı viral hastalıklar, kafa travması, alkol, stres uykululuk durumunu ortaya çıkarabilir. Aile öyküsü, depresyon, maddeyle ilgili bozukluklar, nörodejeneratif durumlar risk etkenleridir (American Psychiatric Association 2013, Buysse ve ark. 2008).

Narkolepsi (Narcolepsy)

Temel özelliği aşırı gündüz uykululuğudur, gece uykusunun süresinde uzama yoktur. Buna sıklıkla katapleksi, hipnagogik veya hipnopompik varsanılar, uyku paralizi, otomatik davranış, bölünmüş (disruptive) gece uykusu eşlik eder. Katapleksili ve katapleksisiz alt tipleri vardır (American Academy of Sleep Medicine 2005). Katapleksi hastaların %60-100'ünde görülür, birkaç saniyeden birkaç dakikaya kadar sürebilir (Andreasen ve Black 2001, Buysse et al. 2008).

Daha çok ergenlik ve genç erişkinlik dönemlerinde başlar, fakat her yaşta görülebilir (American Psychiatric Association 2013, Buysse et al. 2008).

Narkolepsinin toplumda yaygınlığı %0.02-0.18 gibi geniş bir aralıkta verilmiştir. Erkek kadın oranı 1 veya birden biraz daha yüksektir (American Academy of Sleep Medicine 2005, American Psychiatric Association 2013, Andreasen ve Black 2001, Buysse ve ark. 2008, Mignot 1998, Özgen ve Yetkin 2008).

Ailesel eğilim vardır. Aile öyküsü, şişmanlık, uyku apnesi, enfeksiyonlar, kafa travması narkolepsi için risk etkenleridir. Uyurgezerlik, uykuda dış gıcırdatma, REM uykusunda hareket bozukluğu sık görülür (American Psychiatric Association 2013, Andreasen ve Black 2001, Özgen ve Yetkin 2008).

Duygudurum ve anksiyete bozuklukları ile birlikte görülebilir. Narkolepsi depresyona, kazalara, mesleki sorunlara neden olur (Buysse ve ark. 2008).

Solunumla İlişkili Uyku Bozuklukları (Breathing-Related Sleep Disorders)

Bu grupta obstruktif uyku apnesi-hipopnesi, merkezi uyku apnesi, uykuyla ilişkili hi-poventilasyon, sirkadiyan ritim uyku-uyanma bozuklukları yer alır. Bunlardan merkezi uyku apnesinin ve uykuyla ilişkili hi-poventilasyonun nadir olduğu düşünülür. (American Academy of Sleep Medicine 2005, American Psychiatric Association 2013).

Solunumla ilişkili uyku bozukluğunda, uyku sırasında solunum 10 saniye veya daha uzun süre kesilir, bu durum saatte 10 veya daha çok sayıda olur (Andreasen ve Black 2001, Buysse ve ark. 2008).

Burada obstruktif uyku apnesi-hipopnesi ve sirkadiyan ritim uyku-uyanma bozuklukları gözden geçirilecektir.

Obstruktif Uyku Apnesi-Hipopnesi (Obstructive Sleep Apnea-Hypopnea)

Solunumla ilişkili uyku bozuklukları arasında en iyi bilinen ve en çok çalışılan uyku bozukluğudur. Apnenin ciddiyetini belirlemek için, bir uyku saatindeki apne sayısını temel alan 'apne ve hipopne indeksi' (AHİ) kullanılır. AHİ 5-14 arasındaysa obstruktif uyku apnesi-hipopnesi 'hafif', AHİ 15-30 arasındaysa 'orta', AHİ 30'dan daha büyükse 'ciddi' olarak değerlendirilir. AHİ metabolik sendromla ilgilidir (Gottlieb ve ark. 1999).

Obstruktif uyku apnesi-hipopnesi genellikle sinsi başlar, her yaşta görülebilir; yaşla görülme olasılığı artar. Erkek kadın oranı 2-4 arasında bildirilmiştir (American Psychiatric Association 2013, Bixler 2001, Buysse ve ark. 2008, Özgen ve Yetkin 2008).

DSM-5'e göre çocuklarda %1-2, yetişkinlerde %2-15, yaşlılarda %20'den daha yüksek orandadır (American Psychiatric Association 2013). Bir uzunlamasına aile çalışmasında hafif obstruktif uyku apnesi-hipopnesinin (AHİ=10-14) beş yıllık sıklığı %7.5, orta+ciddi obstruktif uyku apnesi-hipopnesinin (AHİ≥15) %16 oranında bulunmuştur (Tishler 2003).

Erkek cinsiyeti, ileri yaş, şişmanlık, kardiyovasküler hastalıklar, menopoz, aile öyküsü, endokrin hastalıklar, sigara içme, düşük sosyoekonomik düzey obstruktif uyku apnesi-hipopnesi için risk etkenleridir (American Psychiatric Association 2013, Bixler 2001, Buysse ve ark. 2008, Gilat ve ark. 2014, Özgen ve Yetkin 2008, Rice ve ark. 2015, Young 2002).

Obstruktif uyku apnesi-hipopnesi gündüz uykululuğu, depresyon, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği, diyabet, inme, nörolojik bozukluklarla birliktedir. Kazalara, hipertansiyona, miyokard enfarktüsüne, cinsel işlev bozukluklarına, yaşam kalitesinin düşmesine neden olur (American Psychiatric Association 2013, Buysse ve ark. 2008, Özgen ve Yetkin 2008).

Sirkadiyan Ritim Uyku-Uyanma Bozuklukları

(Circadian Rhythm Sleep-Wake Disorders)

Bu grupta altı bozukluk yer almakla birlikte, burada ilgi odağı olan ve daha çok bilinen iki alt tip gözden geçirilecektir.

Değişen çalışma saatlerine bağlı tip (shift work type): Yaygın olduğu düşünülür, fakat toplumda yaygınlık oranı bilinmiyor. DSM-5'e göre gece çalışanlarda oran %5-10 arasındadır (American Psychiatric Association 2013, Reid ve Abbott 2015). Presser'e (1999) göre vardiyalı çalışanlarda %20 oranındadır. Gece veya vardiyalı çalışanların verilerinden yola çıkılarak toplumda görülme oranının %5 civarında olduğu öne sürülmüştür (Akerstedt 2003). Orta yaş ve üstünde olmak, şişmanlık, alkol, madde, depresyon, bedensel hastalıklar risk etkenleridir (American Psychiatric Association 2013, Buysse ve ark. 2008).

Jet lag bozukluğu (jet lag disorder): DSM-5'te yer almayan bu tanı, Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırması'nda yer almıştır. İç ve dış sirkadiyan ritimde geçici bir uyumsuzluk vardır. Uykuya dalma güçlüğü, gündüz uyukuluğu, halsizlik, duygudurum değişiklikleri vardır. Bu belirtiler geçicidir (Buysse ve ark. 2008).

Nrem Uykusunda Uyanma Bozuklukları (Non-Rapid Eye Movement Sleep Arousal Disorders)

DSM-5'e göre bu grupta uyurgezerlik ve uyku terörü alt tipleri vardır (American Psychiatric Association 2013). Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırması'nda konfüzyonel uyanıklık da bu grupta yer almıştır (American Academy of Sleep Medicine 2005).

Uyurgezerlik tipi (sleepwalking type)

Nöbetler ayda 1-2 kez ve düzensiz olduğu için uyku laboratuvarında kaydı güçtür. Çocuklarda sıkır, yaş arttıkça oran düşer (American Psychiatric Association 2013, Buysse ve ark. 2008, Özgen ve Yetkin 2008).

Uyurgezerliğin yaygınlık oranı çocuklarda %2-30, erişkinlerde %1-4 arasında bildirilmiştir (American Psychiatric Association 2013, Ohayon 1999, Özgen ve Yetkin 2008). En az bir kez uyurgezerlik nöbeti oranı çocuklarda %10-30, erişkinlerde %1-7 arasında bildirilmiştir (American Psychiatric Association 2013, Andreasen ve Black 2001). Uyurgezerlik sırasında erkeklerde şiddet veya cinsel eylem, kadınlarda yeme daha sık olarak görülür (American Psychiatric Association 2013, Buysse ve ark. 2008).

Uyurgezerlik için aile öyküsü, depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, uyku yoksunluğu, stres, yorgunluk, ilaç kesilmesi, benzodiyazepinler risk etkenleridir (American Psychiatric Association 2013, Andreasen ve Black 2001, Petit ve ark. 2015).

Uyku terörü tipi (sleep terror type, pavor nocturnus)

Uyku terörüyle ilgili epidemiyolojik veri azdır. Çocuklukta başlar ve yaş arttıkça oran düşer. Çocuklarda %1-6, erişkinlerde %1-2 oranında bildirilmiştir. Çocuk ve erişkinlerde erkeklerde kadınlardan daha yüksek oranda görülür (American Psychiatric Association 2013, Andreasen ve Black 2001, Ohayon 1999, Özgen ve Yetkin 2008).

Aile öyküsü, uyurgezerlik, depresyon, anksiyete, stres, yorgunluk, uyku yoksunluğu, anti-anksiyete ilaçlar risk etkenlerindendir (American Psychiatric Association 2013, Andreasen ve Black 2001, 2013, Petit ve ark. 2015).

Karabasan (Kabus) Bozukluğu (Nightmare Disorder, Dream Anxiety)

Görece sık görülen bir uyku bozukluğudur. Okul öncesi ve okul dönemlerinde daha yaygındır, ergenliğe ilerledikçe oran yükselir, bir bölümü erişkinliğe ilerler (American Psychiatric Association 2013, Andreasen ve Black 2001).

Çocuklarda karabasan bozukluğunun yaygınlığı %10, erişkinlerde %5 oranında bildirilmiştir. Kadınlarda erkelerden daha sık görülür (American Psychiatric Association 2013, Nielsen ve Zadra 2005, Ohayon ve ark. 1997, Özgen ve Yetkin 2008). Travma sonrası stres bozukluğu hastalarının %50'sinde görülür (Neylan ve ark. 1998).

Psikiyatrik bozukluklar, kişilik bozukluğu, uyku yoksunluğu, genetik etkenler, diğer parasomnialar risk etkenleridir (American Psychiatric Association 2013, Nakajima ve ark. 2014, Nielsen ve Zadra 2005). Yaşlılarda deliryum risk etkenidir (Andreasen ve Black 2001).

Karabasan bozukluğu duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, şizofreni, uyum bozukluğu, kişilik bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, yas, uykusuzluk, koroner arter hastalığı, Parkinson hastalığı, kanser, hemodiyalizle birlikte (American Psychiatric Association 2013, Buysse ve ark. 2008, Nielsen ve Zadra 2005).

Rem Uykusunda Davranış Bozukluğu (Rem Sleep Behavior Disorder)

Temel özellikleri, uykuda yineleyen uyanma nöbetleri ile konuşma ve/veya kompleks motor davranışların olmasıdır. Uykuyla ilişkili dış gıcırdatma, huzursuz bacaklar sendromu ve periyodik ekstremitte hareket bozukluğunu kapsar.

Yavaş veya hızlı başlayabilir, ilerleyici bir gidiş gösterir. Toplumda yaygınlığı %0.38-0.50 arasında bildirilmiştir. Kore'de 60 yaş ve üstündeki 348 kişide idiyopatik REM uykusunda davranış bozukluğu %1.34 oranında bulunmuştur (Kang ve ark. 2013). Kadınlarda ve erkeklerde aynı oranda görülmekle birlikte, genç kadınlarda oran daha yüksektir. Elli yaşından büyükleri daha çok etkiler. Trisiklik antidepresanlar, serotonin gerilim önleyicileri, serotonin-noradrenalin gerilim önleyicileri, beta blokerler, narkolepsi risk etkenleridir (American Psychiatric Association 2013).

Huzursuz Bacaklar Sendromu (Restless Legs Syndrome)

Herhangi bir yaşta başlayabilmekle birlikte, daha çok onlu, yirmili yaşlarda başlar. Görülme oranı 60 yaşına kadar artar. Kadın erkek oranı 1.5-2'dir (American Psychiatric Association 2013, Buysse ve al. 2008). Erken başlangıç aile öyküsüyle birlikte (Montplaisir ve ark. 2005).

Huzursuz bacaklar sendromu erişkinlerde %3-5 arasında, 65 yaşından büyüklerde %10 oranında bildirilmiştir (Montplaisir ve ark. 2005, Ohayon ve Roth 2002, Özgen 1996).

Kadın cinsiyeti, ileri yaş, aile öyküsü, demir eksikliği, üremi, son dönem böbrek yetmezliği, romatoid artrit, serotonin gerilim önleyicileri, hamilelik huzursuz bacaklar sendromu için risk etkenleridir (American Psychiatric Association 2013, Berger ve ark. 2002, Suzuki ve ark. 2003, Unruh ve ark. 2004). Demir eksikliği, hamilelik, kronik böbrek yetmezliği, şizmanlık, psikiyatrik bozukluklar, kardiyovasküler hastalıklar, endokrin hastalıklar, nörolojik hastalıklar ve kanserle birlikte görülür (American Psychiatric Association 2013).

Huzursuz bacaklar sendromu depresyon riskini artırır ve yaşam kalitesini kötüleştirir (Hening ve ark. 2004, Ulfberg ve ark. 2001).

Maddeye/İlaça Bağlı Uyku Bozuklukları (Substance/Medication Induced Sleep Disorder)

Çeşitli yasa dışı maddeler ve reçeteli ilaçlar uykuyu etkiler ve uyku bozukluklarına neden olabilir. Bu konuda çocuklar, kadınlar ve yaşlılar daha dikkatli izlenmelidir: (American Psychiatric Association 2013)

- Çocuklarda tedavi amacıyla önerilen ilaçlar uykusuzluğa neden olabilir.
- Madde kullanımı bireyleri uykusuzluğa daha duyarlı duruma getirir,
- Ergenler ve genç erişkinlerde kannabis ve ekstazi kötüye kullanımı daha yaygındır, uykusuzluğa neden olur.
- Yaşlılar çeşitli hastalıkları nedeniyle daha çok sayıda ilaç kullandıkları için, uyku bozukluğu riski daha yüksektir.
- Kadınlar erkeklere göre maddelerden iki kat daha fazla etkilenirler.

Bazı maddeler/ilaçlar ve uyku bozuklukları: (American Psychiatric Association 2013)

- Madde zehirlenmesi sırasında belirgin ve ciddi uyku bozuklukları yapabilen maddeler: Alkol, kafein, kannabis, opiatlar, sedatifler, hipnotikler, antiansiyete ilaçlar, uyarıcılar (kokain dahil).
- Madde bırakma/yoksunluğu sırasında belirgin ve ciddi uyku bozuklukları yapabilen maddeler: Alkol, kafein, kannabis, opiatlar, sedatifler, hipnotikler, antiansiyete ilaçlar, uyarıcılar (kokain dahil), tütün.
- Uyku bozukluklarına temel hazırlayan bazı ilaçlar: Adrenerjik agonistleri ve antagonistleri, dopamin agonistleri ve antagonistleri, kolinerjik agonistleri ve antagonistleri, serotonerjik agonistleri ve antagonistleri, antihistaminikler, kortikosteroidler.

Psikiyatrik Bozukluklar ve Uyku Bozuklukları

Psikiyatrik bozukluklarda uyku-uyanma bozuklukları, uyku-uyanma bozukluklarında psikiyatrik bozukluklar sık görülür. Psikiyatrik bozukluklarda görülen uyku-uyanma bozuklukları ve belirtileri genel olarak şöyledir: (Andreasen ve Black 2001)

- Psikotik bozukluklar, şizofreni: Uykusuzluk, aşırı uyku ve uykululuk, uyku sürekliliğinde belirgin değişkenlik,
- Duygudurum bozuklukları: Depresyonda uykusuzluk (sabah erken uyanma) ve aşırı uyku (Soehner ve ark. 2014), solunumla ilişkili uyku bozuklukları (Ohayon 2003); bipolar depresyon ve distimide aşırı uyku ve uykululuk; mani ve hipomanide daha kısa uyku süresi,
- Anksiyete bozuklukları: Uykuya dalma ve uykuyu sürdürme güçlüğü vardır. Travma sonrası stres bozukluğunda uykusuzluk ve sıkıntılı düşler, panik bozukluğunda ani uyanmalar görülür. Obsesif kompulsif bozuklukta obsesyonlarla uykusuzluk arasında güçlü bir ilişki vardır (Timpano ve ark. 2014). Eş tanısız travma sonrası stres bozukluğunda uyku sürekliliğinde bozukluk, azalmış yavaş dalga uykusu bulunmuştur (Yetkin ve ark. 2010).

- Organik mental bozukluklar: Deliryumda ajitasyon, uykuya dalma güçlüğü, uykunun sık sık bölünmesi, erken uyanma, uykuda konuşma; bunamada uyku sürekliliğinin bozulması.

Anahtar sözcükler: Uyku bozuklukları, uykusuzluk, obstruktif uyku apnesi, karabasan, huzursuz bacaklar sendromu, epidemiyoloji

(Keywords: sleep disorders, insomnia, obstructive sleep apnea, nightmare, restless legs syndrome, epidemiology)

Kaynaklar

1. Akerstedt T (2003) Shift work and disturbed sleep/wakefulness. *Occup Med*, 53: 88-94.
2. Amaral O, Garrido A, Pereira C ve ark. (2014) Sleep patterns and insomnia among Portuguese adolescents: a cross-sectional study. *Aten Primaria*, 46(Suppl. 5): 191-4.
3. American Academy of Sleep Medicine (2005) The International Classification of Sleep Disorders, 2. Baskı, (ICSD-2): Diagnostic and Coding Manual. Westchester, IL, American Academy of Sleep Medicine.
4. American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision, Washington, DC, APA.
5. American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5. 5. baskı, Arlington, APA.
6. Andreasen NC, Black DW (2001) Introduction Textbook of Psychiatry. 3. baskı, Arlington, APP.
7. Aslan S, Gulcat Z, Selda Albayrak F ve ark. (2006) Prevalence of insomnia symptoms: results from an urban district in Ankara, Turkey 1. *Int J Psychiatry Clin Pract*, 10: 52-8.
8. Bassetti C, Pelayo R, Guilleminault C (2005) Idiopathic hypersomnia. Principles and Practices of Sleep Medicine, MH Kryger, T Roth, WC Dement (Ed), Philadelphia, PL, Elsevier, s. 791-800.
9. Benbir G, Demir AU, Aksu M ve ark. (2015) Prevalence of insomnia and its clinical correlates in a general population in Turkey. *Psychiatry Clin Neurosci*, 69: 543-52.
10. Berger K, von Eckardstein A, Trenkwalder C ve ark. (2002) Iron metabolism and the risk of restless legs syndrome in an elderly general population: the MEMO-Study. *J Neurol*, 249: 1195-9.
11. Bixler EO, Vgontzas AN, Lin HM ve ark. (2001) Prevalence of sleep-disordered breathing in women: effects of gender. *Am J Respir Crit Care Med*, 163: 608-13.
12. Buysse DJ, Strollo PJ, Black JE ve ark. (2008) Sleep disorders. Textbook of Psychiatry, RE Hales, SC Yudofsky, GO Gabbard (Ed), 5. baskı, Washington, DC, APP, s. 921-69.
13. Chung KF, Yeung WF, Ho FY ve ark. (2015) Cross-cultural and comparative epidemiology of insomnia: the Diagnostic and Statistical Manual (DSM), International Classification of Diseases (ICD) and International Classification of Sleep Disorders (ICSD). *Sleep Med*, 16: 477-82.
14. Dauvilliers Y, Postuma RB, Ferini-Strambi L ve ark. (2013) Family history of idiopathic REM behavior disorder: a multicenter case-control study. *Neurology*, 80: 2233-5.
15. Doğan O (2011) Psikiyatrik Epidemiyoloji. Sivas, Esform Ofset.
16. Gilat H, Vinker S, Buda I (2014) Obstructive sleep apnea and cardiovascular comorbidities: a large epidemiologic study. *Medicine (Baltimore)*, 93: e45.
17. Gottlieb DJ, Whitney CW, Bonekat WH ve ark. (1999) Relation of sleepiness to respiratory disturbance index: the Sleep Heart Health Study. *Am J Respir Crit Care Med*, 159: 502-7.
18. Green MJ, Espie CA, Benzeval M (2014) Social class and gender patterning of insomnia symptoms and psychiatric distress: a 20-year prospective cohort study. *BMC Psychiatry*, 14: 152.
19. Hayley AC, Williams LJ, Kennedy GA ve ark. (2014) Prevalence of excessive daytime sleepiness in a sample of the Australian adult population. *Sleep Med*, 15: 348-54.
20. Hirotsu C, Bittencourt L, Garbuio S ve ark. (2014) Sleep complaints in the Brazilian population: Impact of socioeconomic factors. *Sleep Sci*, 7: 135-42.
21. Kang SH, Yoon IY, Lee SD ve ark. (2013) REM sleep behavior disorder in the Korean elderly population: prevalence and clinical characteristics. *Sleep*, 36: 1147-52.

22. Mignot E (1998) Genetic and familial aspects of narcolepsy. *Neurology*, 50: S16-S22.
23. Montplaisir J, Allen RP, Walters AS ve ark. (2005) Narcolepsy: Pharmacology, pathophysiology, and genetics. *Principles and Practices of Sleep Medicine*, MH Kryger, T Roth, WC Dement (Ed), Philadelphia, PL, Elsevier, s. 761-79.
24. Nakajima S, Inoue Y, Sasai T ve ark. (2014) Impact of frequency of nightmares comorbid with insomnia on depression in Japanese rural community residents: a cross-sectional study. *Sleep Med*, 15: 371-4.
25. Neylan TC, Marmar CR, Metzler TJ ve ark. (1998) Sleep disturbances in the Vietnam generation: findings from a nationally representative sample of male Vietnam veterans. *Am J Psychiatry*, 155: 929-33.
26. Nielsen TA, Zadra A (2005) Nightmares and other common dream disturbances. *Principles and Practices of Sleep Medicine*, MH Kryger, T Roth, WC Dement (Ed), Philadelphia, PL, Elsevier, s. 926-35.
27. Ohayon MM (2002) Epidemiology of insomnia: What we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev*, 6: 97-111.
28. Ohayon MM (2003) The effects of breathing-related sleep disorders on mood disturbances in the general population. *J Clin Psychiatry*, 64: 1195-1200.
29. Ohayon MM, Morselli PL, Guilleminault C (1997) Prevalence of nightmare and their relationship to psychopathology and daytime functioning in insomnia subjects. *Sleep*, 20: 340-8.
30. Ohayon MM, Roth T (2002) Prevalence of restless legs syndrome and periodic limb movement disorder in the general population. *J Psychosom Res*, 53: 547-54.
31. Özgen F (1996) Parasomniler. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, 1: 53-68.
32. Özgen F, Yetkin S (2008) Uyku bozuklukları. *Güncel Klinik Psikiyatri*, E Işık, E Taner, U Işık (Ed), İstanbul, Golden Print Matbaası, s. 391-401.
33. Petit D, Pennestri MH, Paquet J ve ark. (2015) Childhood sleepwalking and sleep terrors: a longitudinal study of prevalence and familial aggregation. *JAMA Pediatr*, 169: 653-8.
34. Presser HB (1999) Towards a 24 hour economy. *Science*, 284: 1778-9.
35. Reid KJ, Abbott SM (2015) Jet lag and shift work disorder. *Sleep Med Clin*, 10: 523-35.
36. Rice JR, Larrabure-Torrealva GT, Luque Fernandez MA ve ark. (2015) High risk for obstructive sleep apnea and other sleep disorders among overweight and obese pregnant women. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15: 198.
37. Rieman D, Voderholzer U (2003) Primary insomnia: a risk factor to develop depression? *J Affect Disord*, 76: 255-59.
38. Soehner AM, Kaplan KA, Harvey AG (2014) Prevalence and clinical correlates of co-occurring insomnia and hypersomnia symptoms in depression. *J Affect Disord*, 167: 93-7.
39. Suzuki K, Ohida T, Sone T ve ark. (2003) The prevalence of restless leg syndrome among pregnant women in Japan and the relationship between restless leg syndrome and sleep problems. *Sleep*, 26: 673-7.
40. Timpano KR, Carbonella JY, Bernert RAJ ve ark. (2014) Obsessive compulsive symptoms and sleep difficulties: exploring the unique relationship between insomnia and obsessions. *Psychiatr Res*, 57: 101-7.
41. Tishler PV, Larkin EK, Schluchter MD ve ark. (2003) Incidence of sleep-disordered breathing in an urban adult population: the relative importance of risk factors in the development of sleep-disordered breathing. *JAMA*, 289: 2230-7.
42. Uhlig BL, Sand T, Odegard SS ve ark. (2014) Prevalence and associated factors of DSM-V insomnia in Norway: the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT 3). *Sleep Med*, 15: 708-13.
43. Unruh ML, Levey AS, D'Ambrosio ve ark. (2004) Restless legs symptoms among incident dialysis patients: association with lower quality of life and shorter survival. *Am J Kidney Dis*, 43: 900-09.
44. World Health Organization (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva, World Health Organization.
45. Yetkin S, Aydin H, Ozgen F (2010) Polysomnography in patients with post-traumatic stress disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*, 64: 309-17.
46. Young T, Peppard PE, Gottlieb DJ (2002) Epidemiology of obstructive sleep apnea: a population health perspective. *Am J Respir Crit Care Med*, 165: 1217-39.

Bipolar bozukluk akut ve koruma tedavisinde son gelişmeler

Doç. Dr. İbrahim Eren

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Konya

Bipolar bozukluk kompleks, tekrarlayıcı ve yetiyıkımına neden olan ağır bir ruhsal hastalıktır. Tipik olarak başlangıcı 13-30 yaşları arasındadır. Yaşamboyu görülme yaygınlığı bipolar I için %1, Bipolar II için %1.1 civarında olup, toplam yaygınlık %2'nin üstündedir (Merikangasveark.2007). Hastalık duygularda yükselme, aktivite artışı ve davranış kontrolünün azalmasını içeren hipomani, mani ve ilgi istek, motivasyon kaybı, umutsuzluğun olduğu depresyon dönemleri ile karakterizedir. Bipolar bozukluk artmış intihar riski ve iskemik kalp hastalığı, diyabet, kronik obstruktif akciğer hastalığı, kazalar gibi fiziksel hastalık görülme riski ile birliktedir.

Herhangi bir duygudurum döneminden sonra hastalığın tekrarlama riski oldukça yüksektir. Bir yıl içinde %50 4 yıl içinde >%70 tekrarlama görülür. Bu nedenle hastalığın uzun süre takibi önemlidir.

Bipolar bozukluk tedavilerinden birçok farklı tedavi kılavuzu geliştirilmiştir. Bunlardan Amerikan Psikiyatri Derneği(APA), İngiliz Psikofarmakoloji Derneği kılavuzu, Kanada Duygudurum ve Anksiyete Bozuklukları Tedavi Kılavuzu, Avustralya ve Yeni Zelanda Bipolar bozukluk tedavisi uygulama, Teksas Tedavi Algoritması Projesi, Dünya Biyolojik Psikiyatri Dernekleri Federasyonu kılavuzu, İngiliz Ulusal Sağlık ve Klinik Uygulama Enstitüsü(NICE) kılavuzu, İkiüçlü bozuklukta ilaç tedavisi uzman uzlaşma kılavuzu serileri, Türkiye Psikiyatri Derneği İkiüçlü Bozukluk Kılavuzu en sık kullanılanları olarak değerlendirilebilir.

Akut tedavisi

Akut mani tedavisinde yeni güncellenen bazı kılavuzların önerilerini kısaca gözden geçirelim.

Dünya Biyolojik Psikiyatri Dernekleri Federasyonu kılavuzu (WFSBP 2009)

Birinci seçenek: Aripiprazol, Valproat, Risperidon, Ziprasidon

İkinci seçenek: olanzapin, ketiypapin, asenapin, karbamazepine, Haloperidol, lityum ve kombinasyonları

Üçüncü seçenek: Klorpromazin, paliperidon, fenitoin, pimizid ve tamoksifen.

Dördüncü seçenek: amisülprid, klonazepam, klozapine, Levatirasetam, Lorazepam, Nimodipin, Okskarbazepine, retigabine, zonizamid, zotepin ve EKT

Son seçenek verapamildir. (Grunze ve ark 2009)

Kanada Duygudurum ve Anksiyete Bozuklukları Tedavi Kılavuzu (CANMAT 2013)

Birinci sıra tedaviler lityum, valproat, divalproeks, Divalproeks ER, olanzapin, ketiyapin, ketiyapin XR, aripiprazol, ziprasidon, asenapin, paliperidon ER

Lityum veya valproatın risperidon, ketiyapin, olanzapine, aripiprazol ve asenapinden biri ile kombinasyonu

İkinci sıra tedaviler: Karbamazepin, Karbamazepine ER; EKT, Haloperidol, Lityumve valproat kombinasyonu

Üçüncü sıra tedaviler: Klorpromazin, klozapin, okskarbazepin, tamoksifen, kariprazin

Lityum veya Valproatın haloperidol ile, lityumun karbamazepin ile kombinasyonu veya Ek tamoksifendir.

Gabapentin, topiramet, lamotrijin, verapamil, tiagabine monoterapi olarak önerilmektedir. Risperidon ve karbamazepin, olanzapine ve karbamazepin kombinasyonu önerilmeyen kombinasyon türleridir.(Yatham ve ark 2013)

İngiliz Ulusal Sağlık ve Klinik Uygulama Enstitüsü (NICE) kılavuzu (2014)

İlk seçenek hastanın önceki yanıtı, tercihinine göre olanzapin, risperidon, ketiyapin, haloperidolden birini seç yanıt vermezse bir diğerine geçilmesi

Lityum ya da valproat alıyorsa dozu optimize et, gerekirse olanzapin, risperidon, ketiyapin, haloperidol eklenmesi,

Eğer antidepresan alıyorsa kesilmesini, tedavi için lamotrijin verilmemesini önerilmektedir.

İngiliz Psikofarmakoloji Derneği kılavuzu (2009)

Hafif şiddetli manilerde antipsikotik, valproate, lityum veya karbamazepinden birinin seçilmesini, şiddetli manilerde antipsikotik veya valproat(hızlı etki nedeniyle) ve gerekli olduğunda benzodiyazepin kullanılması önerilmektedir.

Tedaviye yanıt verilmemesi durumunda bu ilaçların kombinasyonlarının kullanılması veya EKT önerilmektedir.

Antidepresan kullanılıyorsa kesilmelidir. Hasta tercihinine bakılması önerilmektedir. Antipsikotik olarak atipik antipsikotikler önerilmektedir.

Duygudurum düzenleyici alan hastalarda dozun optimize edilmesi ve farklı bir ilaçla(valproate veya AAPlerden biri) kombine edilmesi önerilmektedir.

Monoterapiler

Lityum

Genel olarak lityum manik epizodların tedavisinde etkilidir.(Bowden ve ark. 1994, Fountoulakis ve ark 2015). Yanıt için 3. haftadaki etki büyüklüğü NNT 5-6 ve etkinliği 7. günden itibaren ortaya çıkmaya başlar.Bu antipsikotiklerden geçtir. Mikst epizodlara etkisi net

değildir. Birlikte olan psikotik ve depresif belirtilere muhtemelen etki yoktur. En sık görülen yan etkisi bulantı, kusma, sersemlik, baş ağrısı, uykusuzluk, kabızlık, tremor ve kilo alımıdır.

Lityumun etkinliği valproattan üstün veya aşağı olmayan, karbamazepin, olanzapin, keti yapın ve aripiprazole eşit, fakat haloperidolden az bulunmuştur. Genel olarak lityum valproat ve karbamazepine göre daha yaygın antimanik etki gösterir, psikotik belirtilere etkisi yoktur ve antipsikotik ilaçlarla karşılaştırıldığında daha yavaş etki gösterir. Yan etkileri diğer bütün ajanlarla kıyaslandığında aripiprazol ve valproat dışında hepsinden daha azdır. Fountoulakis, K. N. (2015).

Valproat

Genel olarak veriler valproatın manide etkinliğini desteklemektedir. Valproatın etkinliği ile ilgili 3 pozitif ve 2 negatif çalışma vardır. Birlikte olan depresif belirtilere etkinliği yoktur. Psikotik belirtilere etkisi tam bilinmemektedir. Yeni, geniş katımlı bazı çalışmalar hem akut maninin çekirdek belirtilerine etkisini hem de genel etkisini desteklememektedir Yanıt için NNT yaklaşık 10 dur. Tedavi etkisi 5-15 günden sonra ortaya çıkar.

Yan etki profili hafiftir ve genelde plasebodan farksızdır. En sık görülen yan etkiler uyku bulur, bulantı, sersemlik, kabızlık, kusma ve tremordur. Lökopeni ve trombositopeni bildirilmiştir. Valproat lityumla karşılaştırıldığında etkinliği ve yan etkileri daha az, tedaviyi bırakma daha azdır. Mikst özellikli hastalarda daha üstün (Freeman ve ark. 1992 ; Bowden ve ark. 1994). Bir küçük çalışmada karbamazepinden üstün ve daha hızlı etki başlangıcına sahip olduğu gösterilmiştir. Okskarbazepinden üstün ama yan etkisi ondan fazladır (Kakkar ve ark. 2009). Olanzapinden daha az etkili ve daha yavaş etkiye sahip ama yan etkisi de daha az (Tohen ve ark. 2002, 2008).

Karbamazepin

Genel bilgiler karbamazepinin 400-1600 mg/gün dozunda etkili ve ortalama plazma seviyesi 8.9µg/ml de güçlü etkilidir Yanıt için NNT yaklaşık 5 ve yanıt 2. haftadan itibaren başlar. Bununla birlikte çekirdek manik belirtilere etkisi olup olmadığı net değildir. Mikst belirtilere etkili ancak psikotik belirtilere etkili olup olmadığı bilinmemektedir. En sık görülen yan etkileri sersemlik, bulantı, uyku bulur, total kolesterol seviyesinde artıştır. Lityumla karşılaştırıldığında etkinliği eşit ancak yan etkileri daha fazladır (Weisler ve ark. 2004, 2005; Zhang ve ark. 2007).

Diğer antiepileptikler

Lamotrijin lityuma karşı, okskarbazepin valproata karşı başarısız olmuşlardır. Çalışmalar akut manide lamotrijin, gabapentin, topiramate, eslicarbazepine and licarbazepine nin etkisiz olduğunu göstermiştir. Bu çalışmalar mani tedavisinde antiepileptiklerin sınıf etkisinin olmadığını desteklemektedir. (Fountoulakis ve ark 2015) Valproat ve karbamazepin dışında diğer bütün antiepileptikler akut mani tedavisinde etkisiz bulunmuştur.

Antipsikotikler

Haloperidol

Etkinliğine dair 5 pozitif çalışma var(Fountoulakis ve ark 2015, Vieta ve ark. 2010). Araştırmalar haloperidolün(30 mg ve üstü) akut mani tedavisinde yanıt için NNT sinin 5-8 olduğunu, etkinliğinin 4. günden itibaren başladığını göstermektedir. Bir çalışmada maninin çekirdek belirtilerine etkisi olmadığını bildirmektedir. Psikotik hastalara etkilidir, mikst hastalara etkisi tam net değildir. EPS, uykululuk, kilo alımı ve kabızlık en sık görülen yan etkileridir. Genel olarak haloperidol, karbamazepine, olanzapine, ketiypapin, risperidon ve aripiprazol ile benzer etkililikte bulunmaktadır. Lityum ve ziprasidonun üstün olduğu görülmektedir. Lityum, karbamazepin ve olanzapin ile kıyaslandığında daha hızlı etki başlangıcı olduğu görülmektedir. Psikotik belirtiler üzerine etkinliği daha yüksek, depresif belirtilere ise daha az etkilidir. Diğer ilaçlara göre depresyona kayma, EPS yan etkileri, ve dropoutlar daha fazladır(Fountoulakis ve ark 2015)

Olanzapin

Literatür olanzapinin 5-20mg/gün dozunda manik ve mikst epizodların ve birlikte olan psikotik belirtilerin tedavisinde olduğunu desteklemektedir.

Etkinliği ile ilgili 6 pozitif çalışma vardır (Tohen ve ark. 1999, 2000, 2008; McIntyre ve ark. 2009, Katagiri ve ark. 2012). Yanıt için NNT yaklaşık 5 tir.

Çalışmalar olanzapinin maninin çekirdek belirtileri ve psikotik belirtiler üzerine etkili olduğunu hızlı döngülü ve mikst özellikli hastalarda etkili olduğunu göstermektedir. Etkisi en erken 2-7 günlerde ortaya çıkmaktadır. Olanzapine kayma yapmıyor ve beraberinde olan depresif belirtileri düzeltiyor. Sersemlik, ağız kuruluğu ve kilo alımı olanzapin tedavisinin yan etkileridir. EPS görülme oranı düşüktür.

Psikotik olmayan hastalarda olanzapin Risperidonla benzer etkinlikte bulunmu, hızlı döngülü altgrupta da eşittir. Olanzapin alan hastalar daha az dropout olmuşlar.Kilo alımı olanzapinle daha fazla görülmektedir(Fountoulakis ve ark 2015).

Ketiypapin

Etkinliği ile ilgili 4 pozitif çalışma vardır. Literatür 800 mg kadar akut manide etkinliğini desteklemektedir. Birlikte olan psikotik belirtiler ve mikst epizodlara karşı etkililiği şüphelidir. Hızlı döngüde etkili değildir. Yanıt için NNT 2-6dır. Depresyona kaymaya yol açmıyor, birlikte olan depresif belirtiler faydalıdır. Sedasyon, ağız kuruluğu, uykululuk, sersemlik, ve postural hipotansiyon en sık görülen yan etkileridir. Ketiyapin lityumla eşit etkinlikte ancak daha fazla yanetki ve dropout yaşıyor. Haloperidol ile eşit etkinlikte daha az dropout daha az sıklıkta EPS görülüyor ama psikotik hastalara etkinliği daha az. Haloperidolün aksine depresif belirtilere etkisi var. Ketiyapinin etkinliği paliperidona eşit, heriki ilaçta manik ve mikst hastalara benzer etkili. Ketiyapin alan hastalarda kilo artışı daha sık, paliperidon alanlarda depresyona kayma daha fazla (Fountoulakis ve ark 2015).

Aripiprazol

3 pozitif çalışma ve bir negatif sabit doz çalışması ile birlikte literatür 15–30 mg/gün dozunda manide etkinliğini desteklemektedir. Maninin çekirdek belirtilerine etkinliği tam bilinmemektedir.

Mikst ve hızlı döngülü hastalarda da anlamlı etkisi vardır ve birlite olan psikotik belirtilere ve ajitasyona da etkisi vardır. Depresif belirtilere hernagi bir etkisi yok gibi görünmektedir. Yanıt için NNT yaklaşık 5-10 arasındadır. Aripiprazol depresyona kaymaya yolaçmıyor gibi görünmektedir. Bulantı, sersemlik, anksiyete, kusma, uykusuzluk, akatizi, kabızlık en sık görülen yan etkileridir. Vücut ğırlığı, serum prolaktini ve QTc uzaması üzerine etkisi yoktur. (Fountoulakis ve ark 2015).

Risperidon

literatür manik ve mikst epizodlarda rsiperidonun etkinliğini 4 pozitif çalışmayla desteklemektedir. Etkinliği 3. günden itibaren başlamaktadır. Psikotik belirtiler, ajitasyon ve birlikte olan depresif belirtilere de etkilidir. Yanıt için NNT yaklaşık 3-5dir. Maninin çekirdek belirtilerine ve hızlı döngülü hastalara etkili olup olmadığı bilinmemektedir. Depresyona kayma yapmıyor gibi görünmektedir. Uykululuk, bulantı, EPS en sık görülen yan etkiler.

Ziprasidon

Literatür üç pozitif çalışmaya dayanarak 80-160 mg/gün dozunda akut manik ve mikst epizodlarda etkilidir. Manik epizodun çekirdek belirtilerine tkilidir, fakat hızlı döngülülüğü etkisi bilinmemektedir. Psikotik belirtilere etkili ancak depresif belirtilere önemli etkisinin yok gibidir. Yanıt için NNT yaklaşık 6'dır. Depresyona kaymaya neden olmaz. EPS, uykululuk, sersemlik, anksiyete ve dispepsi en sık görülen yan etkileridir. Serum lipidleri veya kilo üzerine önemli etkisi yoktur. Küçük miktarda QTc uzaması yapılabilir(Fountoulakis ve ark 2015).

Asenapin

Literatür asenapinin 2 pozitif çalışmasına dayanarak 10-20 mg/gün dozunda manik ve mikst epizodların tedavisinde etkinliğini desteklemektedir. Etkinliğinin 2. günden itibaren başladığı görülmektedir. Maninin çekirdek belirtileri, psikotik belirtiler üzerine ve hızlı döngülüükte etkinliği bilinmemektedir. Depresif belirtiler üzerine önemli bir etkisinin olmadığı görülmektedir. Yanıt için NNT 6 ve 12 dir. Depresif kaymaya neden olmuyor gibi görünmektedir. Yan etkileri EPS, uykululuk, sersemlik, sedasyon, yorgunluk, ağız kuruluğu, kilo almaz.

Paliperidon

akut manik ve mikst epizod tedavisinde paliperidonun etkinliğini gösteren 2 çalışma vardır (Vieta ve ark. 2010b; Berwaerts ve ark. 2012) Etkinliği 2. günden itibaren başlamaktadır. Maninin çekirdek belirtileri, psikotik belirtiler ve depresyon üzerine etkisi bildirilmemiştir. Hızlı döngülüükte etkisi bilinmemektedir. Yanıt için NNT yaklaşık 5 dir. Yan etkileri başağ-rısı, uykululuk, EPS, prolaktin yükselmesi en sık görülen yan etkilerdir.

Kariprazin

Çalışmalar cariprazinin manik ve mikst epizodlarda etkin olduğunu desteklemektedir. Yanıt ve remisyon için NNT yaklaşık 4-6 dır. Maninin çekirdek belirtilerine etkili ancak depresif belirtilere etkisi bulunmamıştır. Psikotik belirtilere etkili ancak hızlı döngülülerde etkisi bilinmemektedir(Fountoulakis ve ark 2015).

Diğer ajanlar

Tamoxifen

Genel olarak, veriler örneklem sayıları küçük olmakla birlikte mani tedavisinde tamoksifen sonuçları poziftir. Başağrısı, aknenin kötüleşmesi, kuru cilt, ürtiker, iştah azalması, yüz kızarıklığı gibi yan etkiler bildirilmiştir (Yıldız ve ark 2008).

Verapamil

Sonuçlar akut mani tedavisinde placebo ile karşılaştırıldığında verapamilin bir etkisinin olmadığını göstermiştir.

EKT

Akut manik ve mikst epizotta EKT'nin etkinlik ve güvenilirliğini gösteren placebo kontrollü çalışması yoktur

TMS

Bir çalışmada 25 akut manik hastada, 10 günlük sağ prefrontal 20Hz TMS uygulanmış, sonuçta kontrol grubu ile fark bulunamamıştır (Kaptan ve ark. 2003). Bir diğer çalışmada, akut manik hastalarda ek tedavi olarak yüksek frekanslı rTMS uygulanmasının etkinliği araştırılmış, sonuçta tedavinin anlamlı etkisinin olduğu bildirilmiştir (Fountoulakis ve ark 2015).

Manide monoterapi çalışmaları sonuç

Literatürde akut maninin tedavisinde birçok ajanın etkili olduğu gösteren yeterli sayıda çalışma vardır. Bununla birlikte birçok ajanla ilgili araştırılması gereken ayrıntılar vardır. Lityum, valproat, karbamazepin, haloperidol, olanzapin, ketiyapin, aripiprazol, risperidon, ziprasidon, asenapin, paliperidon, kariprazin ve büyük olasılıkla tamoksifen akut manik epizod tedavisinde etkindir. EKT ve rTMS ile ilgili kontrollü çalışma yoktur.

Antipsikotiklerin mani tedavisinde sınıf etkisinden bahsedilebilir (Brugue and Vieta 2007) Bu muhtemelen antidopaminerjik etki ile ilişkilidir. Ancak antikonvülzanların bipolar Bozukluğun herhangi bir döneminde bir sınıf etkisinden bahsetmek doğru değildir (Fountoulakis ve ark 2015).

Karşılaştırma çalışmaları genel olarak yüksek etkinliğin sık yanetki ile birlikte olduğunu desteklemektedir. Bununla birlikte genel olarak ilaçlar arasında büyük etkinlik farkları

olduğunu destekleyen yeterli veri yoktur. Lityum ve antipsikotikler valproat ve karbamazepinden daha etkili gibi görülmektedir.

Antipsikotikler diğer ajanlarla karşılaştırıldığında daha erken etki başlangıcına sahiptir. Depresif belirtiler üzerine etkileri açık değildir. Ancak haloperidol kullanan hastaların daha sık depresyona kaydıkları görülmektedir. Bu etki farklılıklarının doza bağlı olup olmadığı da tam netleştirilmemiştir.

İlk çalışmalar lityumunun klasik öforik manide daha etkili olduğunu, antiepileptiklerin de diğer hastalarda daha iyi etkinliğe sahip olduğunu desteklemektedir. Bunlar yeni çalışmalarda desteklenmemektedir (Fountoulakis ve ark. 2012). Lityumun kesilmesi sonrasında ortaya çıkan direnç durumları bazı çalışmaların sonuçlarını etkilemektedir.

Kombinasyon tedavileri

Genel olarak çalışmalar lityumun haloperidol, lorazepam, karbamazepin, ziprasidon, tamoxifen, allopurinolden biri ile kombinasyonunun lityumun tek başına olan etkisinden üstün olduğunu desteklemektedir. Ancak kombinasyonların çoğunda monoterapiye göre daha fazla yanetki görülmektedir

Kombinasyonla daha fazla etki ve daha fazla yanetki görülme eğilimi vardır. Genel olarak lityum ve valproatın antipsikotik ile kombine edilmesi lityum ya da valproat monoterapisinden daha üstündür. Tamoksifen ve allopürünol diğer ajanlarla da kombine edilebilecek ajanlardır. Dirençli ve kısmi yanıt veren hastalarda literatür lityum ve valproata antipsikotik, allopürünol eklenmesi ve lityuma karbamazepin veya okskarbazepin eklenmesini desteklemektedir.

Mani tedavisi: sonuç

Genel olarak, metaanalitik çalışmalar antipsikotiklerin lityum, karbamazepin, valproattan üstün olduklarını desteklemektedir. Bu üstünlük hem akut manideki genel etkinlik hem de etki başlangıcının daha erken olmasına dayanmaktadır.

Bununla birlikte yüksek etkinlik daha sık (EPS, Kilo alımı ve sersemlik) yanetki ile birlikte olduğunu da desteklemektedir. Olanzapinin mikst epizodlarda, depresif belirtilerde ve hızlı döngülülerde etkili olduğu kanıtlanmıştır. Ketiyapinin young mani ölçeğinin bütün maddelerine, depresif belirtilere ve psikotik belirtilere karşı etkili olduğu gösterilmiştir. Asenapin depresif belirtilere de etkili bulunmuştur. Aripiprazol psikotik belirtilere etkili ancak 55 yaş üzerinde manide etkili bulunmamıştır. Ziprasidon disforik manide etkilidir. Metaanalitik çalışmalar kombinasyonun monoterapiden daha etkili olduğunu göstermektedir. Okskarbazepin etkisi yetersizdir.

Tedaviye dirençli manide yaklaşım

Daha önce olanzapin kullanmamış tedaviye dirençli manik hastaya olanzapin tedavisi başlanmış ve %88.5 yanıt, %77.8 remisyon saptanmıştır.

Duygudurum düzenleyicilere kısmi yanıtı olan hastalarda eklenen olanzapin, risperidon, ketiypinin anlamlı derecede etkinliği arttırdığı gösterilmiştir. Aripiprazol akut manide ve koruma döneminde etkili olan aripiprazolün tedaviye dirençli manide eklenmesinin belirti şiddetini azalttığı görülmüştür. Bununla birlikte bu çalışma kontrolsüz, uzun dönem sonuçları (risk/faydalık) bilinmeyen bir yaklaşım olarak kalmıştır. Lityum veya valproata kısmi yanıt veren olgularda, aripiprazol eklendiğinde 6. Hafta yanıt oranlarını arttırdığı saptanmıştır.

Ziprasidon kullanımının veya duygudurum düzenleyicilere eklenmesinin sonuçları negatiftir.

Lityum veya valproata kısmi yanıt veren hastalarda paliperidon (3-12mg) ekleme çalışmasında da negatif sonuç bulunmuştur. Araştırmacılar çalışmada paliperidon dozunun ortalama 6 mg/gün olmasının bu sonuçta etkili olacağını düşünmüşlerdir.

8 haftalık, çift kör, randomize kontrollü lityuma okskarbazepin ve karbamazepin ekleme çalışmasında okskarbazepin grubunun karbamazepin grubuna göre belirgin olarak daha çok düzelme gösterdiği bulunmuştur. Valproata klasik antipsikotik eklemenin plaseboya göre daha fazla klinik düzelme sağladığı (Antipsikotik%70, plasebo %46) saptanmıştır.

Tedaviye dirençli mani hastalarında klozapin verilmesinin mani ve psikoz puanlarında düşme sağladığı bildirilmiştir. Psikotik özellikli olsun olmasın dirençli mani olgularında hem monoterapi hem de ekleme tedavisi klozapin öne çıkmaktadır. Klozapin tedaviye eklendiğinde hastaneye yatış sayı ve süresinde azalma sağlamıştır.

EKT tedaviye dirençli bipolar bozuklukta hem manik hem depresif atakta, hem de idame döneminde etkilidir. Tedaviye dirençli hastalarda EKT ile klinik düzelme veya remisyon oranı yaklaşık %80'lerde bulunmuştur. Kalsiyum Kanal Engelleyicilerinin sonuçları negatiftir. Verapamil, nimesipinle yürütülmüş çalışmalarda etkileri çok azdır, manideki etkinlikleri depresyondan daha üstün gibi görünmektedir.

Allopürinol eklenmesinin akut manide YMRS puanlarını düşürmede plasebodan etkin görünmekle birlikte ilacın hepatomegali ve Steven Johnson sendromuna benzer bir tabloya neden olması kullanımını sınırlamaktadır. Donepezil ile ilgili erken kanıtlar antimanik etkinlikleri olduğunu desteklemekle birlikte çift kör, plasebo kontrollü çalışmalar bu sonuçları desteklememiştir. Tamoksifen dirençli manide plasebodan daha etkili bulunmuştur. Valproat tedavisine folik asit eklenen, randomize kontrollü çalışmada, eklenmeyen gruba göre mani belirtilerinde düzelme saptanmıştır. (Özalp E ve Karşioğlu 2015)

Depresif epizod tedavisi

Bipolar bozuklukta depresif geçirilen süre çok fazladır. Bipolar bozuklukta genel olarak, depresif atak sayısının manik/hipomanik atak sayısına oranı bipolar bozukluk I için 3:1 ve depresif atak sayısının hipomanik atak sayısına oranı bipolar bozukluk II için 39:1'dir. Depresif dönemlerin yetiyitimi yapma oranları yüksektir. Ancak yeteri kadar çalışılan bir alan değildir. Eskiden endojen melankolik unipolar depresyon ile klinik ve nörobiyolojik

olarak benzer olduğu düşünülür ve bu şekilde tedavi edilirdi. Bu doğru bir yaklaşım değildir. Sadece AD ların maniye kayma yapabileceği bilinirdi.

Klasik antidepresanlar, selektif serotonin geri alım inhibitörleri veya serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörlerinin hiçbirisi bipolar depresyonun tedavisinde monoterapi olarak ABD Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) tarafından yasal onay almamıştır. Şaşırtıcı bir biçimde, 2003 yılında olanzapin/fluoksetin kombinasyonunun (OFC) onayına kadar, akut bipolar depresyonun belirli endikasyonu için hiçbir FDA onaylı ilaç yoktu. Bugün akut bipolar depresyonun tedavisinde FDA onaylı 3 farklı tedavi vardır: OFC, ketiapin (IR veya uzatılmış salınımlı) ve lurasidon (monoterapi veya lityum veya valproata eklenmesi). Plaseboya göre bu müdahalelerin yanıt için NNT'ler 4-7 ve remisyon için NNT'ler sırasıyla 5-7 arasında değişmektedir.

Etkinlik açısından bir ilacın diğer bir ilahtan daha iyi olduğunu gösteren bir kanıt olmamakla birlikte, heterojen bozuklukların tedavisinde beklenebileceği gibi hastaları bireysel tedavi ederken etkinlik açısından ortaya çıkan farklılıklar olabilir.

Bipolar depresyonda kılavuzlar ne diyor

Kanada Duygudurum ve Anksiyete Bozuklukları Tedavi Kılavuzu (CANMAT 2013)

İlk sıra tedaviler: Lityum, lamotrijin, ketiapin, ketiapin XR monoterapisi ve Lityum, Valproat, Olanzapinin SSRI ile kombinasyonu, Lityum valproat kombinasyonu, lityum ya da valproatın buprapiyon ile kombinasyonu ilk sıra seçeneklerdir.

İkinci Sıra Tedaviler: Valproat ve lurasidon monoterapisi, ketiapinin SSRI ile kombinasyonu, lityum veya valproatın lamotrijin veya lurasidon ile kombinasyonu ve ek modafinil ikinci sıra tedavilerdir.

Üçüncü sıra tedaviler: Karbazepin, olanzapin, EKT monoterapisi, lityumun karbamazepin veya pramipeksol ile kombinasyonu ve lityum veya valproatın venlafaksin ile, lityumun MAOI ile, lityum, valproat veya Atipik Antipsikotiklerin trisiklik antidepresan ile, lityum, valproat veya karbamazepinin lamotrijin ve SSRI ile, ketiapinin lamotrijin ile kombinasyonunu içermektedir.

Gabapentin, aripiprazol ve ziprasidon monoterapisini ve ziprasidon ve levitirasetam ile kombinasyonlar önerilmemektedir.(Yatham ve ark 2013)

İngiliz Ulusal Sağlık ve Klinik Uygulama Enstitüsü(NICE) kılavuzu (2014):

İlk sıra tedaviler olarak olanzapin, OFC, ketiapin, lamotrijin, lityum, valproat tedavisi, eğer lityum veya valproat alıyorsa kan düzeyinin maksimize edilmesi önerilmektedir. İkinci sıra tedavi olarak lityum veya valproata ketiapin veya OFC eklenmesi önerilmektedir.

Üçüncü sıra tedavi olarak ise lityuma lamotrijin veya olanzapin, valproata lamotrijin eklenmesi önerilir. Gabapentin ve topiramat önerilmeyen tedavi seçenekleridir.

Dünya Biyolojik Psikiyatri Dernekleri Federasyonu kılavuzu (WFSBP 2010)

İlk seçenek ketiyapın, daha sonra olanzapın, fluoksetin, lamotrijin, valproat, OFC, Lityum ve lamotrijin kombinasyonu, ek modafinil, Lityum veya valproata NAC eklenmesi ve bunların değişik şekillerde kombinasyonları önerilmektedir.(Grunze ve ark 2010)

İngiliz Psikofarmakoloji Derneği kılavuzu(2009)

Hafif veya daha önce duygudurum instabilitesi olan vakalarda ketiyapın veya lamotrijin düşünülmeli, hafif orta şiddetli vakalarda lityum, valproate da düşünülebilir.

Orta şiddetli vakalarda ketiyapın veya lamotrijin ve gerekirse SSRI eklenmesi önerilmek- te, antidepresan monoterapisi önerilmemektedir. Gerekirse lityum, valproat veya antipsiko- tikler ile birlikte kullanılmalıdır. Ağır vakalarda (psikotik, suicidal, gebe) EKT önerilmekte, psikotik olanlarda antipsikotik önerilmektedir.(Goodwin 2009)

Monoterapiler

Lityum

Bipolar depresyonda lityumun etkin olduğu yaygın inancına olmasına rağmen bunu des- tekleyen yeterli veri yoktur. Eski çalışmalarda bazı pozitif sonuçlar elde edilmesine karşılık metodolojik sorunlar nedeniyle bunların yorumlanması zordur.(Fountoulakis ve ark 2015)

Valproat

Bazı küçük çalışmalarda valproatın akut bipolar depresyonda, depresyonun çekirdek belirtilerine etkin olduğunu gösteren yetersiz ve tutarsız bazı sonuçlar vardır. Depresyonla birlikte olan anksiyete ve hızlı döngülülüğe de etkili olduğu gösterilmiştir.

Lamotrijin

Bipolar depresyonda lamotrijinin etkinliğini ve güvenilirliğini araştıran 5 çalışma vardır. Birincil değerlendirme ölçütüne göre hepsi negatiftir. İkincil değerlendirme ölçütlerinde bazı faydaları olduğu gösterilmiştir.Bipolar depresyonda genel veriler lamotrijinin etkinli konu- sunda negatiftir (Fountoulakis ve ark 2015).

Antidepresanlar

Antidepresanlar unipolar depresyonda etkin olmasına rağmen, bipolar depresyonda antidepresanların sınıf etkisinden bahsedilmemektedir. Eski plasebo kontrollü çalışmalar genel olarak pozitifdir fakat yeni kriter ve ihtiyaçlar temelinde onları yorumlamak zordur. Antidepresanlarla ilgili veriler problemli olmakla birlikte, bütün tedavi algoritmalarında antidepresanların kullanımı ne önerilmiş ne de yasaklanmıştır. Bütün tedavi algortimala- rında tutarlı olarak antimanik ajanla birlikte kullanımı önerilmektedir (Fountoulakis ve ark 2015).

Olanzapin

Olanzapin bipolar depresyonda tek başına kullanıldığında depresif belirtileri azaltmakla birlikte depresyonun çekirdek belirtilerine etkili olmamaktadır. Olanzapin fluoksetin kombinasyonunun depresyonun çekirdek belirtilerine de iyi geldiği bildirilmektedir. Bununla birlikte olanzapin metabolik yan etkiler oluşturabilmektedir. (Fountoulakis ve ark 2015).

Ketiypapin

Ketiypapin IR ve XR ile yapılmış 5 çalışma vardır ve hepsi pozitifdir. Ketiyapinin 300-600 mg aralığında etkin olduğu ve yanıt ve remisyon oranları plaseboya göre %20 daha yüksektir. Ketiyapin bipolar I ve II hastalarında da benzer etkinliğe sahiptir, aynı zamanda hızlı dönüşümlü hastalarda da etkili olduğu görülmektedir. Ketiyapin depresyonun çekirdek belirtilerine etkili olduğu gibi birlikte olan anksiyeteye de etkilidir (Fountoulakis ve ark 2015).

Aripiprazol

Bipolar depresyonda aripiprazolün etkinliği ile ilgili yapılan iki monoterapi çalışmasının sonuçları da negative bulunmuştur.

Ziprasidon

Ziprasidonun bipolar depresyonda iki yayınlanmamış, placebo kontrollü, negatif çalışması vardır. Düşük ve yüksek dozlar arasında da fark bulunamamıştır. (Fountoulakis ve ark 2015).

Lurasidon

6 haftalık 335 bipolar depresyon hastasının alındığı, placebo kontrollü lurasidon çalışmasında depresyonun çekirdek belirtilerini de düzelterek etkili olduğu gösterilmiştir. Hastalar lurasidon (20–60 mg/gün; N = 166 veya

80–120 mg/gün; N = 169) veya plasebo (N = 170) olmak üzere Rastgele 3 gruba ayrılmış ve 6 hafta sonunda yanıt oranları sırasıyla (53 % vs. 51 % vs. 30 %; $p < 0.001$) ve remisyon oranları (42 % vs. 40 % vs. 25 %; $p < 0.01$) olarak bulunmuştur. En sık görülen yan etkiler bulantı, baş ağrısı, akatizi, sersemlik olarak görülmüş Kilo, lipidler ve kan şekeri düzeylerinde hafif değişiklikler görüldüğü bildirilmiştir. (Fountoulakis ve ark 2015).

EKT ve TMS

Bipolar depresyonda EKT tedavisine yanıt ve remisyon oranlarının unipolar depresyona benzer olduğunu gösteren bir çalışma vardır. Bir diğer çalışmada ise bipolar I hastalarının bipolar II hastalarına göre daha az yanıt verdiği, bipolar II hastalarının da unipolar depresyondan daha az yanıt verdiği gösterilmiştir.

Transkraniyal Manyetim Stimülasyonun kullanıldığı bir placebo kontrollü çalışmada, sol preforantal uygulanan, 20 gün boyunca hergün uygulanan TMS nin plasebo ile farksız olduğu bulunmuştur. (Fountoulakis ve ark 2015).

Bipolar depresyonda monoterapi çalışmaları sonuç

Çalışma verileri yüksek serum konsantrasyonlarında bile lityumla ve lamotrijinle negatiftir. Valproat için yetersiz ve tutarsız bazı pozitif veriler bulunmaktadır. Karbamazepin için de muğlak sonuçlar vardır.

Bipolar depresyon tedavisinde antidepresanların sınıf olarak etkinliği ortaya konamamıştır. Eski plasebo kontrollü çalışmaların bazıları pozitifdir ancak yeni kriterler ve ihtiyaçlar temelinde yargıya varmak zordur. Essitalopram ve fluoksetin monoterapisi ile ilgili yetersiz veriler olmakla birlikte paroksetin için sonuçlar net olarak negatiftir. Ketiyapin ve lurasidonun depresyonun çekirdek belirtilerine etkili olduğuna dair veriler vardır.

Ziprasidon ve aripiprazol hakkındaki sonuçlar da negatiftir. Olanzapin monoterapisi depresyonun çekirdek belirtilerine etki etmeksizin bipolar depresyonda etkili olabilir.

Birlikte olan anksiyeteye ketiyapin, lurasidon, belki valproat pozitif etkiye sahiptir. Paroxetin de anksiyeteye iyi gelmekle birlikte depresyon üzerine etki etmemekte gibi görünmektedir.

Kombinasyon tedavileri

Kombinasyon çalışmaları sadece OFC için güçlü bilimsel destekler sağlamaktadır. Çalışmalar paroksetin veya buprapiyonun duyudurum düzenleyici ilaçlar ile kombinasyonu tedavisinin iyi sonuçlar vermediğini göstermektedir. Bipolar hasta lityum tedavisi altındayken depresyon yaşarsa lamotrijin, okskarbazepin, ketamin veya lurasidon eklenmesini önerilmektedir. İmipramin eklenmesi önerilmemektedir. Paroxetin eklenmesi çelişkilidir. Valproat alan bipolar hasta depresyon yaşarsa ketamin veya lurasidon eklenmesinin uygun olabilir.

Lurasidon aynı zamanda anksiyeteye, ketamin de suisidaliteye iyi gelmektedir.

Veriler lamotrijin memantin eklenmesinin veya ketamin eklenmesinin sonuçlarının da olumsuz olduğunu göstermiştir.

Genel olarak veriler duyudurum düzenleyici ile tedavi sırasında depresyon geçiren hastaların tedavisinde ziprasidon eklenmesinin uygun olmadığını desteklemektedir. Levetirasetamdan kaçınılmalıdır, depresyonu kötüleştirebilir.

Venlafaksin ve imipramin diğer antidepresanlara göre görülebilen ek katkısı olmadan karşı kutuba kayma riskini arttırabilir. (Fountoulakis ve ark 2015).

Tedaviye dirençli bipolar depresyonda yaklaşım

D2 reseptör agonisti olan pramipeksolün duyudurum düzenleyiciye eklenmesi sonucunda tedaviye dirençli bipolar depresif hastalarda plaseboya göre daha yüksek yanıt bulunmuştur.

Tedaviye dirençli hastalarda ketamin verilmesinin olumlu etkileri olduğu ancak etkinin kısa sürede kaybolduğu görülmüştür. Tedaviye modafinil eklenmesinin de manie kaymaya yolaçmadan yanıt veremiyen oranlarını artırdığı gösterilmiştir. EKT çalışmalarında yanıt (%79, %80) ve remisyon oranları (%61, %64) açısından benzer bulunmuştur. Aripiprazol; manide etkili olmakla birlikte, tedaviye dirençli depresyon olgularında etkinliği gösterilememiştir. T4'ün de hızlı döngülü bipolar bozuklukta etkili olduğunu öne süren olgu sunumları bulunmaktadır. Bipolar tip II olgulara ekleme tedavisi olarak T3 ile %84 klinik düzelmeye, %33 klinik remisyon oranları bulunmuştur. Bu veriler etkinlikle ilgili ümit verici olmakla birlikte uzun dönem etkinliği belli değildir. Bupropionun standart tedaviye eklenmesiyle klinik belirtilerde 4 hafta içinde düzelmeye görülmüştür. Olgularda karşı kutuba kayma bildirilmemiştir (Özalp E ve Karşlıoğlu 2015, Fountoulakis ve ark 2015).

Farmakolojik olmayan yaklaşımlar

Yoğun ışık terapisiyle birlikte uyku deprivasyonu standart tedaviye eklenmesinin klinik düzelmeye katkısının olduğu bulunmuştur. Bipolar bozukluk tip I ve II tanısı olan hastalarda rTMS uygulanmış ve hastaların yarısında %50'nin üzerinde iyileşme saptanmıştır. Subkallosal singulat beyin beyaz cevhere uygulanan derin beyin stimülasyonunun bipolar depresyonda düzelmeye bulunmuş ancak daha geniş, tekrarlayıcı verilere ihtiyaç olduğu belirtilmiştir bildirilmemiştir (Özalp E ve Karşlıoğlu 2015, Fountoulakis ve ark 2015).

Bipolar bozuklukta koruma tedavisi

İki Uçlu I Hastaların 1/3 ünde bir yıl içinde, 2/3ünde 5 yıl içinde tekrarlamaya görülür. STEP BD çalışmasında hastaların %49'unda 2 yıl içinde tekrarlamaya görülmüştür. Hastalığın tekrarlaması ciddi mortalite ve morbiditeye neden olmaktadır. Hastalık tekrarladıkça döngüde kısalma olmakta, gidiş ve sonlanımda kötüleşmekte, daha fazla hastanede yatış ve toplumla ilişkide bozulma görülmektedir.

Hem depresif dönemler hem de mikst özellikli dönemlerde intihar riski ciddi bir sorundur. Her hastalık döneminde maddi kayıplar, yanlış kararlar, fiziksel olarak kontrolsüz davranışlar sonrasında kendisine ve çevreye zarar verebilmektedir.

Koruma tedavisinde

Akut dönem belirtilerinin tam düzelmesi ardından nüks ve yineleme engellenmeli, hasta ve aile, hastalık ve tedavi konularında eğitilmeli, uzun süreli korumanın gerekliliği ve biçimi hastayla konuşularak, hastayla birlikte planlanmalıdır. Bipolar I'de en az 1 manik dönem varsa, bipolar II'de en az 1 hipomanik 1 depresif dönem varlığında koruma tedavisi düşünülmelidir.

Koruma tedavisinin hedefleri

Hastalık dönemleri engellenmeli, döngülenme sıklığı azaltılmalı, intihar riski azaltılmalı, eşik altı belirtiler ortadan kaldırılmalı, duygudurum instabilitesi azaltılmalı, işlevsellik ve

yaşam kalitesi yükseltilmelidir. İzlemede yalnızca hastalık dönemlerini değil, eşik altı belirtileri, yan etkileri ve işlevsellik derecesini de gözetmek önemlidir. Kalıntı belirtilerin tedavisi nükslerin önlenmesinde önemlidir. Bu nedenle hastalık dönemleri tam remisyon sağlanıncaya kadar agresif olarak tedavi edilmelidir.

Koruma tedavisinde kılavuzlar ne diyor

İngiliz Psikofarmakoloji Derneği kılavuzu (2009)

Polariteye göre tedavi önermektedir. Polarite manik ağırlıklıysa ilk seçenekler: lityum, aripiprazol, ketiyapin, valproat, olanzapin önerilmektedir. İkinci seçenek karbamazepin ve kombinasyon tedavileridir.

Polarite depresif epizod ağırlıklıysa ketiyapin veya lamotrijin önerilmektedir.

İkinci seçenek lityum ve kombinasyon tedavileridir. (Goodwin 2009)

Dünya Biyolojik Psikiyatri Dernekleri Federasyonu kılavuzu (WFSBP 2013)

İlk seçenekler aripiprazol, lamotrijin, lityum, ketiyapin iken, olanzapin, risperidon ikinci seçenekler arasındadır. Valproat, ziprasidon, paliperidon, AD(SSRI, Buprapion, MAOI) ilaçlar ise üçüncü seçeneklerdendir.

Tipiklerden kaçınılması tardif diskinezi nedeniyle önerilmemektedir. Bazı ilaçların uzun dönemde metabolik sendroma yolaçabileceklerine vurgu yapılmaktadır (Grunze ve ark 2013)

İngiliz Ulusal Sağlık ve Klinik Uygulama Enstitüsü (NICE) kılavuzu (2014)

Akut epizottan sonra sürdürüm tedavisinin 3-6 ay devamı önerilmektedir. Lityum ilk seçenek olarak önerilmekte, eğer lityum etkisizse valproat eklemesi önerilmektedir. Lityum tolere edilemiyorsa veya hasta tedaviye uyumlu değilse valproata geçilmesi ya da olanzapin, ketiyapinden birine geçilmesi önerilmektedir.

Kanada Duygudurum ve Anksiyete Bozuklukları Tedavi Kılavuzu (CANMAT 2013)

İlk seçenekler monoterapi olarak lityum, lamotrijin, valproat, olanzapin, ketiyapin, risperidon LAI ve aripiprazol kullanılmasıdır. Kombinasyon olarak lityum veya valproata ketiyapin, risperidon LAI, aripiprazol veya ziprasidon eklenmesi önerilmektedir.

İkinci sıra tedaviler ise karbamazepine ve paliperidon monoterapisi ve lityuma valproat veya karbamazepin eklenmesi, lityum veya valproata olanzapin eklenmesi, lityuma risperidon veya lamotrijin eklenmesi ve olanzapin fluoksetin kombinasyonudur.

Üçüncü sıra tedaviler ise asenapin monoterapisi ve ek tedavi olarak fenitoin, klozapin, EKT, topiramet, Omega 3 yağ asitleri, Okskarbazepin, asenapin önerilmektedir. Gabapentin, topiramet veya antidepresanların monoterapisi, ek flupenthixol ise kesin olarak önerilmektedir. (Yatham 2014)

Lityum

Lityumun bipolar koruma tedavisinde etkili olduğunu gösteren birkaç eski, küçük çalışma vardır. Hepsinde lityumun etkili olduğu gösterilmiştir. Lityumun bipolar bozukluğun koruyucu tedavisinde etkinliği ile ilgili 4 tane büyük, randomize, placebo kontrollü çalışma vardır. Bu çalışmalarda üçü pozitif biri ise negative sonuçlanmıştır. İki pozitif çalışmada İndeks epizottan bağımsız olarak lityumun manik epizodlara karşı koruyucu olduğu, depresif epizotlara karşı koruyucu olmadığı üçüncü çalışmada depresif epizotlara karşı da koruyucu olduğu gösterilmiştir. Veriler mikst epizotlara karşı koruyuculuğunun olmadığını göstermektedir. Hızlı döngülülük ile ilgili veri yoktur.

Valproat

52 haftalık çift kör, çok merkezli valproat lityum ve placebo grubunun olduğu ve son 3 ay için manik epizot geçirmiş ve düzelmiş hastalarda etkinliği araştırılmış ve herhangi bir duygu-durum epizodu geçirme açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır. Lityum etkili olduğu bilinen bir ajan olduğu için valproat için de bu çalışma negative olarak Kabul edilmemelidir, sure açısından yetersiz olduğu düşünülebilir. bildirilmemiştir (Fountoulakis ve ark 2015).

Karbamazepin

Karbamazepin ile ilgili de çalışmalar yetersizdir. Küçük ölçekli, 32 hastanın olduğu, placebo kontrollü çalışmada karbamazepinle plaseboya göre daha yüksek yanıt oranları gösterilmekle birlikte bu örneklemin küçük olmasıyla ilişkili olarak anlamlı bulunmamıştır (Fountoulakis ve ark 2015).

Lamotrijin

Lamotrijinin bipolar bozukluğun koruma tedavisinde etkinliğini araştıran 3 çalışma vardır. Genel olarak çalışmalar lamotrijinin bipolar bozuklukta depresif epizotlara karşı koruyucu olduğunu ve manik epizotlara karşı korumadığını göstermektedir. Bu koruma özelliği indeks epizottan da bağımsız bulunmuştur.

Antidepresanlar

Imipraminin bipolar bozuklukta depresif epizotlara karşı koruması ile ilgili iki küçük çalışma sonuçları negatiftir. Fluoksetinin monoterapi olarak bipolar II hastalarda depresif epizotlara karşı faydalı olduğunu destekleyen bulgular vardır.

Olanzapin

Olanzapin çalışmaları indeks epizodu manik veya mikst epizod olan ve akut dönemde olanzapine yanıt veren hastaların herhangi bir duygu durum epizodu relapsına karşı

korumada etkili olduğunu göstermektedir. Koruyucu etkisinin sadece olanzapine akut dönemde yanıt veren hastalarla sınırlı olmadığı düşünülmektedir. Hızlı döngülü hastalarad etkinliği bilinmemektedir.

Aripiprazol

Genel olarak iki çalışma aripiprazolün bipolar bozukluğun koruma tedavisinde etkili olduğunu desteklemekte ancak bu koruma sadece manik epizodlara karşı koruma sağlamakta, depresif epizodlara karşı korumamaktadır

Ketiypapin

Bipolar bozuklukta ketiypapin monoterapisinin(300-800 mg/gün) lityum ve placebo ile karşılaştırarak araştıran ketiypapin IR nin yayınlanmış bir çalışması vardır. Herhangi bir duygudurum epizodu gelişinceye kadar geçen süre lityum ve ketiypapinde benzer ve plasebodan anlamlı olarak daha uzun bulunmuş. Grupların yanetki profilleri arasında da fark bulunmamış (Fountoulakis ve ark 2015).

Paliperidon

766 bipolar hastanın katıldığı, manik ve mikst epizod geçiren ve düzelen hastalar olanzapin paliperidon ve placebo gruplarına ayrılarak devam edilmiş. Paliperidon kullanan (3-12 mg/gün) grup placebo kullananan gruba göre rekürrene kadar geçen süre anlamlı olarak daha uzun bulunmuş. Olanzapin alan grupta ise hem paliperidona hem de plaseboya göre herhangi bir duygudurum dönemi rekürrensine kadar geçen süre daha uzun bulunmuştur. Paliperidon kullanan grupta manik dönemlerin rekürrensini önleme farklı ama depresif dönemler açısından fark yoktur. Olanzapin kullanan grupta yanetki daha sık görülmüş (Fountoulakis ve ark 2015). Bu çalışma indeks epizodu manik ve mikst epizod olan hastalarda paliperidon kullanımının manik epizoda karşı korumada faydalı olduğunu desteklemektedir.

Uzun Etkili Enjektapla Risperidon (RLAI)

Son epizodları manik ve mikst olan 559 bipolar I hastasının alındığı plasebo kontrollü çalışmada 24 ayın sonunda RLAI nin herhangi bir duygudurum eoşzodu rekürrensi gelişmesi için geçen süreyi önemli derecede uzattığı görülmüştür. Farkın maniye kadar geçen sürede anlamlı olduğu, depresyona kadar geçen süreyi değiştirmedığı bulunmuştur. RLAI alan hastalarda daha az oranda rekürrens yaşanmıştır.

Diğer çalışmada olanzapin ve placebo ile RLAI çift kör olarak karşılaştırılmıştır. 18 ayın sonunda herhangi bir duygudurum epizodu geçene kadar geçen süre olanzapin ve RLAI plasebodan anlamlı olarak uzun bulunmuştur. RLAI sadece manik epizoda kadar geçen süreyi uzatmış, depresif epizoda kadar geçen süreyi etkilememiştir. Olanzapin ise hem manik hem de depresif döneme kadar geçen süreyi anlamlı olarak uzatmıştır. Hem RLAI hem de olanzapinde maniye relapslar anlamlı olarak daha düşük olmuş, ancak olanzapinde sadece

depresyona relaps plaseboda daha düşük bulunmuştur. RLAI'nin depresyonu kötüleştirdiği ile ilgili bir bulgu elde edilmemiştir. Bu veriler RLAI'nin bipolar I hastalarda manik epizoda karşı korumada etkili olduğu ancak depresif epizoda karşı korumada etkisiz kaldığını desteklemektedir. Hızlı döngülülüğün varlığında etkinliği ile ilgili veri yoktur. (Fountoulakis ve ark 2015).

Koruma tedavisinde monoterapi çalışmaları sonuç

Plasebo kontrollü monoterapi çalışmalarından gelen veriler lityum, aripiprazol, paliperidon, ve uzun etkili risperidonun indeks epizodu manik ve mikst epizot olan ve düzelen hastalarda manik epizoda karşı korunmada etkili olduğunu göstermektedir.

Olanzapin ve ketiyapin hem manik hem de depresif epizodlara karşı korumada etkilidir. Ketiyapin indeks epizottan bağımsız olarak etkilidir. Olanzapinin mikst epizoda karşı korumada da etkili olduğu görülmektedir. Karbamazepin veya valproat için veri yetersizdir.

Lamotrijin indeks epizottan bağımsız olarak depresif epizotlara karşı korumada etkili ancak manik epizotlara karşı etkili değildir. Mikst epizotlara karşı korumada ve hızlı döngülü hastalarda etkili değildir. Veriler bipolar II hastalarda fluoksetinin etkinliğini desteklerken imipramin için veriler negatiftir. Lityum hariç hepsi belki olanzapin akut dönemde de etkindir. Lamotrijinle ilgili negatif sonuçlar haricinde hızlı döngülü hastalarla ilgili veri yoktur. Olanzapin ile ilgili veriler haricinde mikst epizodlara karşı korunmada veya indeks epizodu mikst epizot olan hastaların korunması ile ilgili özel veri bulunmamaktadır.

Genel olarak literatür korumada lityumun etkisinin karbamazepin, valproat, olanzapin ve aripiprazol ile benzer olduğunu, belki klasik hastalarda karbamazepinden daha etkili olabileceğini ancak digger hasta gruplarında da daha az etkili olduğunu göstermektedir.

Lamotrijin depresif epizodlara karşı korumada lityumdan daha etkili iken lityum manik, mikst hipomanik epizodlara karşı korumada da etkilidir. Bipolar II hastalarda depresif epizodlara karşı korumada lityum imipramine karşı üstün ancak fluoksetinden daha az etkilidir. Bipolar II de OFC lamotrijin ile karşılaştırmada daha üstün bulunmuştur. Olanzapin ve valproat benzer etkinlikte bulunmuştur. Olanzapin asenapin ile benzer etkinlikte, fakat paliperidon ER ye göre daha üstün bulunmuştur(Fountoulakis ve ark 2015).

Kombinasyon tedavileri

Genel olarak monoterapinin kombinasyon tedavisinden daha iyi olduğunu gösteren veriler yoktur. Kombinasyon tedavi çalışmalarının çoğunda sonuçlar olumsuzdur ve monoterapi ile başlanmasının çoğu hastada en iyi seçim olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte kombinasyon tedavisi ile stabilize olmuş hastaların sonradan monoterapiye geçilmesi de yanlış seçimdir.

Ketiyapin ve ziprasidonun DDD ilaçla kombine edilmesi bunların dışındadır, verilere göre kombine kullanımı DDD nin yalnız kullanımından daha iyi sonuçlar vermektedir. Bu verilerle onlara baştan kombinasyonla başlamak uygun olabilir.

Ekleme tedavileri

Klozapinin tedaviye dirençli bipolar hastalarda eklenmesinin belirgin klinik katkı sağladığı gösterilmiştir. Plasebo kontrollü çalışmada mevcut tedaviye fenitoin eklenmesinin önemli koruyucu etki gösterdiği bulunmuştur. Gabapentin ve okskarbazepin eklenmesinin korumada plasebodan farklı olmadığı bulunmuştur. Uzun etkili risperidon ek tedavisinin hastalarda kadar geçen süreyi anlamlı olarak uzattığı ve relaps oranlarını da belirgin olarak azalttığı gösterilmiştir. Ek tedavi olarak lamotrijin ve aripiprazol eklenmesinin de korumada belirgin katkılar sağladığı gösterilmiştir. Kısa süreli pramipeksol eklenmesinin plaseboya göre faydalı etkilerinin olduğu gösterilmiştir. Lityum veya valproat asenapin eklenmesinin güvenlik ve tolerabilitesinin değerlendirildiği bir çalışmada 52 haftada %5 yanetki bildirilmiştir. Glutasyon öncülü N Asetil Sisteinin (NAC)'ın ek tedavi olarak koruma döneminde plasebo ile arasında rekürrens veya semptom gelişimi açısından fark olmadığı bulunmuştur. NAC'in etkinliğinin araştırıldığı bir çalışmada plaseboya göre üstün olduğu bildirilmiştir. Bir koruma çalışması ramelteonun relapsları engellemede faydalı olduğunu göstermiştir. Bipolar bozuklukta n-3 yağ asitleri, kromium, kolin, magnezyum ve triptofan gibi değişik gıda takviyelerinin tek başına ya da bipolar bozuklukta kullanılan ilaçlarla birlikte kullanımı ile ilgili rollerinin olduğu konusunda bazı zayıf çalışmalar vardır (Fountoulakis ve ark 2015).

Tedaviye dirençli durumlarda tedavi

Lityum ve karbamazepin kombinasyonu hızlı döngülü olgularda monoterapiye göre üstün bulunmuştur. Tedaviye dirençli olgularda tedaviye klozapin eklenmesi maniye önlemede etkin bulunmuştur. Ayrıca Uzun dönem lityum tedavisinde olan olgularda lityuma lamotrijin eklenmesi daha etkili bulunmuştur. Memantin eklenmesinin de 12 aylık açık prospektif çalışmada düzelme sağladığı saptanmıştır. Lityum veya valproat asenapin ekleme çalışmasının sonucunda asenapin plaseboya göre mani tedavisinde YMRS puanlarını anlamlı olarak düşürdüğü bulunmuştur (Özalp E ve Karşlıoğlu 2015, Fountoulakis ve ark 2015).

Sonuç

Akut mani tedavisinde seçenekler artmaktadır. Ancak depresif epizod tedavisinde seçenekler sınırlıdır. Günümüzde, bipolar depresyon için FDA-onaylı sadece 3 ilaç tedavisi vardır: OFC, ketiapin (ani veya uzatılmış salınımlı) ve lurasidon (monoterapi veya lityum veya valproat eklenmesi). OFC ve ketiapin monoterapisi özellikle geçmişte bu müdahaleler ile iyi sonuçlar elde edilmiş hastalarda yararlı olabilirler.

İdame tedavisi açısından, hem maniye hem de depresyonu önlemede tek başına lityum veya valproat monoterapisine karşı ek ketiapin kullanımı NNT'si 10'dan düşük olan tek ajandır.

Hastanın klinik ve fiziksel durumunu, ilacın yan etkilerini gözönünde bulundurarak hasta için en iyi tedavinin ve tedavi kombinasyonlarının oluşturulması gereklidir. Tedavi kararlarının bireyselleştirilmesi her bir ilaç ile oluşma olasılığı daha yüksek olan farklı olası

yan etkilerin dikkate alınmasını gerektirmektedir. Bipolar bozukluğun her dönemi için özellikle de depresif dönemlerin tedavisi ve önlenmesinde güçlü ve tolerabilitesi yüksek ilaçlara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Bipolar bozukluk, manik epizod, depresif epizod, koruma tedavisi

Kaynaklar

1. Bowden CL, Brugger AM, Swann AC ve ark (1994) Efficacy of divalproex vs lithium and placebo in the treatment of mania. The Depakote Mania Study Group. *JAMA* 271(12):918–924
2. Fountoulakis, K. N. (2015). Treatment Guidelines. In *Bipolar Disorder* (pp. 461–658). Springer Berlin Heidelberg.
3. Fountoulakis KN, Kasper S, Andreassen O ve ark (2012) Efficacy of pharmacotherapy in bipolar disorder: a report by the WPA section on pharmacopsychiatry. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 262(Suppl 1):1–48.
4. Freeman TW, Clothier JL, Pazzaglia P, Lessem MD, Swann AC (1992) A double-blind comparison of valproate and lithium in the treatment of acute mania. *Am J Psychiatry* 149(1):108–111
5. Goodwin GM (2009) Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised second edition—recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 23(4):346–388
6. Grunze H, Kasper S, Goodwin G ve ark (2003) The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorders, part II: treatment of mania. *World J Biol Psychiatry* 4(1):5–13
7. Grunze H, Vieta E, Goodwin GM ve ark (2010) The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorders: update 2010 on the treatment of acute bipolar depression. *World J Biol Psychiatry* 11(2):81–109.
8. Grunze H, Vieta E, Goodwin GM ve ark (2013) The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorders: update 2012 on the long-term treatment of bipolar disorder. *World J Biol Psychiatry* 14:154–219
9. Kakkar AK, Rehan HS, Unni KE ve ark (2009) Comparative efficacy and safety of oxcarbazepine versus divalproex sodium in the treatment of acute mania: a pilot study. *Eur Psychiatry* 24(3):178–182.
10. Katagiri H, Takita Y, Tohen M ve ark (2012) Efficacy and safety of olanzapine in the treatment of Japanese patients with bipolar I disorder in a current manic or mixed episode: a randomized, double-blind, placebo- and haloperidol-controlled study. *J Affect Disord* 136(3):476–484.
11. McIntyre RS, Cohen M, Zhao J ve ark (2009) Aripiprazole versus olanzapine in acute mania: a double-blind extension study. *Bipolar Disord* 11(8):815–826.
12. NICE (2014) Bipolar disorder. <https://www.nice.org.uk/Guidance/Conditions-and-diseases/Mental-health-and-behavioural-conditions/Bipolar-disorder>
13. Özalp E ve Karslıoğlu E.H Tedaviye Dirençli Bipolar Bozukluk Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2015; 7(4):401–418
14. Tohen M, Baker RW, Altshuler LL ve ark (2002) Olanzapine versus divalproex in the treatment of acute mania. *Am J Psychiatry* 159(6):1011–1017
15. Tohen M, Vieta E, Goodwin GM ve ark (2008) Olanzapine versus divalproex versus placebo in the treatment of mild to moderate mania: a randomized, 12-week, double-blind study. *J Clin Psychiatry* 69(11):1776–1789.
16. Tohen M, Sanger TM, McElroy SL ve ark (1999) Olanzapine versus placebo in the treatment of acute mania. Olanzapine HGEH Study Group. *Am J Psychiatry* 156(5):702–709
17. Tohen M, Jacobs TG, Grundy SL ve ark (2000) Efficacy of olanzapine in acute bipolar mania: a double-blind, placebo-controlled study. The Olanzapine HGEH Study Group. *Arch Gen Psychiatry* 57(9):841–849
18. Tohen M, Bowden CL, Smulevich AB ve ark (2008) Olanzapine plus carbamazepine v. Carbamazepine alone in treating manic episodes. *Br J Psychiatry* 192(2):135–143.
19. Vieta E, Ramey T, Keller D ve ark (2010c) Ziprasidone in the treatment of acute mania: a 12-week, placebo-controlled, haloperidol-referenced study. *J Psychopharmacol* 24(4):547–558.

21. Weisler RH, Kalali AH, Ketter TA (2004) A multicenter, randomized, double-blind, placebocontrolled trial of extended-release carbamazepine capsules as monotherapy for bipolar disorder patients with manic or mixed episodes. *J Clin Psychiatry* 65(4):478–484
22. Weisler RH, Keck PE Jr, Swann AC ve ark.(2005) Extended-release carbamazepine capsules as monotherapy for acute mania in bipolar disorder: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry* 66(3):323–330
23. Yildiz A, Guleryuz S, Ankerst DP, Ongur D, Renshaw PF (2008) Protein kinase C inhibition in the treatment of mania: a double-blind, placebo-controlled trial of tamoxifen. *Arch Gen Psychiatry* 65(3):255–263
24. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV ve ark (2013) Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. *Bipolar Disord* 15(1):1–44.
25. Zhang ZJ, Kang WH, Tan QR ve ark (2007) Adjunctive herbal medicine with carbamazepine for bipolar disorders: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *J Psychiatr Res* 41(3–4):360–369.

Bipolar bozukluk eş tanılı durumlar ve tedavisi

Prof. Dr. Sermin Kesebir

İstanbul Erenköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Birinci eksen eştanısı, İUB I depresyon olgularında % 22.3, İUB II depresyon olgularında % 31.9 oranındadır. İUB I ve II tanılı olgular arasında birinci ve ikinci eksen eştanılarını araştıran bir çalışmada (Mantere ve ark. 2006), birinci eksen eştanısının İUB'ta tanıdan çok hastalık dönemi ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır. Çalışmamızda birinci eksen eştanıları içerisinde anksiyete bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu İUB I> İUB II, dürtü kontrol bozukluğu İUB II> İUB I şeklinde dağılım göstermektedir (Kesebir 2015). Buna göre, depresif dönem içerisinde Dürtü Kontrol Bozukluğu eştanısı İUB II tanılı olgular arasında, İUB I tanılı olgularda olduğundan daha sık bulunmuştur. Tamam ve arkadaşları (2011) İUB I tanılı olgularda depresif dönem sayısı, özkiyım girişimi ve alkol ve madde kullanımını dürtü kontrol bozukluğu eştanısı için risk etkeni olarak bildirmişlerdir. Depresif dönem frekansının daha yüksek bulunduğu, öyküdeki ve şimdiki madde kullanımının daha sık olduğu İUB II tanılı olgularımızda, dürtü kontrol bozukluğu eştanısının da İUB I tanılı olgulardan daha sık bulunması sürpriz değildir.

Duygudurum oynaklığı ve duygudurum değişikliklerinin reaktif doğası İUB II görünüşünün çekirdek özelliğidir (Perugi ve ark. 2002). Yaşam boyu dürtüsellik ise, bir yatınlık belirleyici (trait) olarak İUB II tanılı olgularda % 41.1 oranında bildirilmekte ve hipomanik dönem sayısı ile güçlü bir ilişki göstermektedir (Benazzi 2007). Sınır kişilik bozukluğu eştanısı şüphesiz bu iki durumu etkileyen ve şiddetini arttıran bir değişkendir (Swann ve ark. 2007, Carpiello ve ark. 2011). İkinci eksen tanısı İUB I depresyon olgularında % 25, İUB II depresyon olgularında % 43.7 oranındadır. B kümesi kişilik bozukluklarının sıklığı ise, çalışmamızda, İUB I= İUB II olarak bulunmuştur (Kesebir 2015) şeklindedir. B kümesi kişilik bozuklukları kendi içerisinde değerlendirildiğinde, sınır kişilik bozukluğu İUB II grubunda İUB I grubunda olduğundan sık bulunmuştur. İUB II ve Sınır Kişilik Bozukluğu görüngülerinde ortak bir yapı üzerinde şekillenmektedir. Perugi ve arkadaşları (2011) kişilerarası ilişkilerde duyarlılığın reaktif duyguduruma damgasını vurduğu atipik depresyonların da bu yapı üzerinde durduğunu ileri sürmüştür. Bu yapı siklotimik mizaç yapısıdır (Kesebir ve ark. 2006).

Çalışmamızda, üçüncü eksen, İUB I ve II tanılı olgular arasında farklılaşan hastalıklar, iskemik kalp hastalığı, diyabet, tiroid patolojileri, alerjik durumlar ve migrendir. Migren ve alerjik hastalıklar, İUB II tanılı olgularda İUB I tanılı olgulardan daha sık bulunmuştur. İskemik kalp hastalığı ve diyabet ise, İUB I grubunda daha sık saptanmıştır. Tiroid patolojisi İUB I ve II tanılı olgular arasında benzerdir. İUB'ta lityum kullanımından bağımsız tiroid

işlev bozukluğu % 9.2 oranında bildirilmiş, bu işlev bozukluğunun cinsiyet, hastalık süresi, dönem sayısı, hızlı döngülülük ile farklılaşmadığı, tek farkın İUB II tanılı olgularda artan sıklığı olduğu belirtilmiştir (Vale ve ark. 1999). TRH'ya TSH yanıtındaki artışın İUB II'ye özgü bir biyolojik gösterge olabileceği ileri sürülmüştür. Buradan yola çıkarak tasarladıkları çalışmalarında, Szuba ve arkadaşları (2005) TRH uyarımı sonrası hızlı antidepresan yanıtı yönünden İUB I ve II tanılı olgular arasında fark olmadığını bildirmişlerdir. Mevsimsel olarak ortaya çıkan alerjik hastalıklar ile duygudurum bozukluklarının alevlenme ve özkıyım riski arasında bir birliktelik ileri sürülmüştür (Postolache ve ark. 2008). İUB I ve II tanılı olgulardan oluşan bir örneklemde alerjen duyarlı olan ve olmayan olgular arasında mevsimsel bir dönem ve özkıyım girişi yönünden fark bulunmamıştır. Oodegaard ve Fosmer 2005 yılında yayınladıkları çalışmalarında iki uçlu hastaların migren eştanısı sıklığı yönünden tek uçlu hastalardan farklılaştığını göstermişlerdir. Ortiz ve arkadaşları ise İUB II'deki migren eştanısının, İUB I'deki iki katı sıklıkta olduğunu bildirmişlerdir (2011). İskemik kalp hastalığı ve diyabetin İUB I tanılı depresif olgular arasındaki sıklığı, ilk bakışta antipsikotik kullanımı ile ilişkilendirilebilir. Güncel kanıtlar bu iki hastalık ile İUB arasında etiyolojik bağlantılar olabileceğini de destekler niteliktedir (Kesebir 2014).

Kaynaklar

1. Kesebir S (2015) Klinik gidiş. Bipolar bozukluk tip II. Ed. Ali Bozkurt, Timuçin Oral. TPD Yayınları.
2. Benazzi F (2007) Impulsivity in bipolar-II disorder: trait, state, or both? Eur Psychiatry, 22: 472-8.
3. Carpiniello B, Lai L, Pirarba S ve ark. (2011) Impulsivity and aggressiveness in bipolar disorder with co-morbid borderline personality disorder. Psychiatry Res, 30;188: 40-4.
4. Karakus G, Tamam L (2011) Impulse control disorder comorbidity among patients with bipolar I disorder. Compr Psychiatry, 52: 378-85.
5. Kesebir S, Şimşek Y, Kalyoncu ÖA (2007) İki Uçlu Bozukluk ve Madde Kullanım Bozukluğu: Siklotimik Mizaç Yatkınlık Belirleyici midir? Bağımlılık Dergisi, 8: 127-132.
6. Kesebir S, Bayrak A, Ünübol B, Turan Ç, Ünal A, Çakır S. Are depressive episodes of bipolar disorder I and II different? Bipolar Disord 2012; 14: 89.
7. Mantere O, Melartin TK, Suominen K ve ark. (2006) Differences in Axis I and II comorbidity between bipolar I and II disorders and major depressive disorder. J Clin Psychiatry, 67: 584-593.
8. Perugi G, Akiskal HS (2002) The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. Psychiatr Clin North Am, 25: 713-37.
9. Perugi G, Fornaro M, Akiskal HS (2011) Are atypical depression, borderline personality disorder and bipolar II disorder overlapping manifestations of a common cyclothymic diathesis? World Psychiatry, 10: 45-51.
10. Swann AC, Moeller FG, Steinberg JL ve ark. (2007) Manic symptoms and impulsivity during bipolar depressive episodes. Bipolar Disord, 9: 206-12.

Bipolar bozuklukta nörokognitif belirtiler

Doç. Dr. Selim Tümkaya

Pamukkale Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Denizli

Ötimik dönemdeki bipolar hastaların ve birinci derece yakınlarının yanıt inhibisyonu, sözel bellek, yürütücü işlevler ve dikkat alanlarında bozuklukların olduğu bildirilmiştir (Bora 2009). Bu bulgu belirtilen bu alanlardaki bozuklukların bipolar bozukluk için bir endofenotip olabileceğini düşündürmektedir. Diğer taraftan birçok çalışma bipolar bozuklukta kognitif bozukluklar ile kötü klinik gidiş ve işlevsellik arasında bağlantı olduğunu bildirmiştir (Green 2006). Duygudurum ataklarının sayısı bellek ve yürütücü işlevler ile ilişkilendirilmiştir. Bazı çalışmalar hastalık süresinin bellek dikkat ve yürütücü işlevler ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (Martinez-Aran 2014). Bir metaanaliz çalışmasında erken başlangıç verbal bellek bozukluğu ve psikomotor yavaşlama ile ilişkili bulunmuştur. Diğer taraftan psikomotor yavaşlık ilaçların etkisi ile de ortaya çıkıyor olabilir (Bora 2009).

Anahtar sözcükler: bipolar bozukluk, kognitif, yürütücü işlevler, bellek

Kaynaklar

1. Bora E ve ark. (2009). Cognitive endophenotypes of bipolar disorder: a meta-analysis of neuropsychological deficits in euthymic patients and their first-degree relatives. *J Affect Disord*, 113: 1-20.
2. Green, MF (2006). Cognitive impairment and functional outcome in schizophrenia and bipolar disorder. *"J Clin Psychiatry*, 67: 36-42.
- 3, Martínez-Arán A ve ark. (2004). Cognitive function across manic or hypomanic, depressed, and euthymic states in bipolar disorder. *Am J Psychiatry*, 161:262-70.

Uzun etkili antipsikotiklerin erken dönem şizofreni tedavisinde kullanımı

Prof. Dr. Elif Anıl Yağcıoğlu

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

Kanıta dayalı tedavi kılavuzlarının çoğunda uzun etkili antipsikotik enjeksiyonları (UEE-AP) şizofreni tedavisinde ilaç uyumu bozuk, uzun süreli tedavi gereksinimi olan ve çok sayıda alevlenme yaşayan hastalarda önerilmektedir. Ancak bazı güncel kılavuzlarda hastalığın ilk 2-5 yılı dahil, tüm evrelerinde UEE-AP kullanımının önerildiği ve idame tedavi gereksinimi olan şizofreni hastalarında ilk sıra tedavi seçeneği olmasının uygun olduğu belirtilmektedir (Malla ve ark. 2013, Llorca ve ark. 2013). Bu değişimin nedeni, son yıllarda bazı çalışmaların UEE-AP tedavinin ilk atak şizofreni hastalarında veya hastalığın erken döneminde müdahalede kullanımının daha geç kullanıma göre klinik etkide avantajları olduğunu göstermesidir. Bu konuyu inceleyen oral ve UEE-AP (ilk ve yeni kuşak) karşılaştıran, ileriye dönük doğal izlem veya randomize kontrollü çalışma sayısı azdır. Mevcut çalışmalarda da oral ve UEE-AP karşılaştırmayan tek kollu çalışma desenleri, ilk ve yeni kuşak UEE-AP ayrıştırılmaması, hasta seçim yanlılığı gibi karıştırıcı faktörlerden oluşan kısıtlılıklar vardır. Bu sunumda konuyu inceleyen kanıt düzeyi yüksek güncel çalışmalar gözden geçirilecektir. Son dönemde iki randomize kontrollü çalışmada, UEE-AP'lerin ilk atak ve yeni tanı konmuş şizofreni hastalarında oral antipsikotiklere kıyasla relaps sıklığı, relapsa kadar geçen süre, tedaviye uyum, psikotik belirti kontrolü ve hastaneye yatış sayısı gibi klinik özelliklerde üstünlük sağladığı gösterilmiştir (Subotnik ve ark. 2015, Schreiner ve ark. 2015). Erken dönem şizofreni tedavisinde UEE-AP kullanımının rasyonelinde UEE-AP'lerin oral antipsikotiklere kıyasla beyaz madde (BM) gelişimini ve özellikle de korteksin daha derin bölgelerinin myelinizasyonunu daha fazla arttırabildiği yönünde kanıt sunan görüntüleme çalışmaları önemli yer tutmaktadır. Bu bulgular antipsikotik uygulama biçiminin (UEE x oral) beyin hacmi değişkenleri üzerinde farklı etkisi olabileceğini gösteren ilk bulgulardır. Ayrıca, bu çalışmalarda BM hacim artışının frontal lob işlevi olan işlem belleği reaksiyon zamanı ve zihinsel esneklikte hızlanma ile bağlantılı olduğu belirlenmiştir (Bartzokis ve ark. 2011, Bartzokis ve ark. 2012).

Kaynaklar

1. Bartzokis G, Lu PH, Amar CP ve ark. (2011) Long acting injection versus oral risperidone in first-episode schizophrenia: differential impact on white matter myelination trajectory. *Schizophr Res*, 132:35-41.
2. Bartzokis G, Lu PH, Raven EP ve ark. (2012) Impact on intracortical myelination trajectory of long acting injection versus oral risperidone in first-episode schizophrenia. *Schizophr Res*, 140:122-8.
3. Llorca PM, Abbar M, Courtet P ve ark. (2013) Guidelines for the use and management of long-acting injectable antipsychotics in serious mental illness. *BMC Psychiatry*, 13:340.
4. Malla A, Tibbo P, Chue P ve ark. (2013) Long-acting injectable antipsychotics: recommendations for clinicians. *Can J Psychiatry*, 58(5 Suppl.1):30S-5S.
5. Schreiner A, Adamsoo K, Altamura AC ve ark. (2015) Paliperidone palmitate versus oral antipsychotics in recently diagnosed schizophrenia. *Schizophr Res*, 69:393-9.
6. Subotnik KL, Casaus LR, Ventura J ve ark. (2015) Long-Acting Injectable Risperidone for relapse prevention and control of breakthrough symptoms after a recent first episode of schizophrenia. A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 72:822-9.

Uzun etkili antipsikotiklerin şizofreni dışı hastalıklarda kullanımı

Doç. Dr. Emrem Beştepe

İstanbul Erenköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Sizofreni dışı hastalıklarda uzun etkili antipsikotik kullanımı ilk olarak diğer psikotik hastalıklar olan şizoafektif bozukluk ve sanrılı bozuklukta olmuştur. Uzun etkili antipsikotiklerin psikotik bozukluklar dışı hastalıklarda kullanımı ise görece yenidir. Ekstrapiramidal sistem yan etkileri birinci kuşaklara kıyasla daha az olan atipik uzun etkili antipsikotiklerin kullanıma girmesiyle bu ilaçların şizofreni dışı hastalıklarda kullanımı başlamıştır. Bunlardan hakkında en fazla çalışma yapılan bipolar bozukluktur. Uzun etkili antipsikotikler bipolar bozuklukta ilaç uyumu kötü olan hastalarda koruma tedavisinde kullanılmaktadır. (Prajapati ve ark. 2016, Chou ve ark 2015)

Uzun etkili antipsikotiklerin bir diğer kullanım alanı ise demanslarda ajitasyonu önlemek içindir. (Yumru ve ark 2006, Johnston 2011).

Bu konuşmada uzun etkili antipsikotiklerin duygudurum bozuklukları ve demanslardaki kullanımı üzerinde durulacaktır.

Kaynaklar

1. Chou YH, Chu PC,(3), Wu SW, 2015 A Systemic Review and Experts' Consensus for Long-acting Injectable Antipsychotics in Bipolar Disorder. Clin Psychopharmacol Neurosci. Aug 31;13(2):121-8
2. Johnston TG 2011 Risperidone long-acting injection and Huntington's disease: case series with significant psychiatric and behavioural symptoms. Int Clin Psychopharmacol 26(2):114-9.
3. Prajapati AR, Wilson J, 2016 Maidment IEfficacy and safety of second-generation antipsychotic long-acting injections (SGA LAIs) in maintenance treatment of bipolar disorder: protocol for a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. Jan 6;6(1):e010237
- 4.Yumru M, Eren Ozen M, Savas HA, Selek S. 2006 Long-acting injectable risperidone for control of agitation in dementia. J Clin Psychiatry. Oct;67(10):1651-2.

QEEG psikiyatrik hastalıklarda neler vaad ediyor?

Prof. Dr. Nevzat Tarhan

Npgrup İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Nörofizyolojik görüntülemenin psikiyatrik hastalıklardaki diyagnostik ve prognostic değeri gittikçe daha çok gün ışığına çıkmaktadır. Psikiyatrik hastalıklarla uğraşanların en büyük ihtiyacının Ölçülebilirlik olduğu bilinmektedir.

Çok sayıda beyin görüntüleme tekniği, mental hastalıklar ve beyindeki anormallikler arasındaki ilişkiyi araştırmak için kullanılmıştır. Bu yöntemler şunlardır: manyetik rezonans görüntüleme (MRI), pozitron emisyon tomografi (PET), bilgisayarlı tek foton emisyon tomografisi (SPECT) ve kantitatif elektroansefalografi (QEEG). 1999'daki QEEG incelemelerinde Hughes ve John şöyle der: "Bu beyin görüntüleme yöntemlerinden elde edilen kanıt, mental hastalıkların beyin disfonksiyonuyla kesin bağlantıları olduğunu su götürmez bir şekilde ispatlamıştır." (Dr. Aharon D.Shulimson, Murray, Utah, 801-281-3188)

500'den fazla EEG ve QEEG üzerine yapılan çalışma Dikkat Eksikliği/DEHB, depresyon, Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Anksiyete, şizofreni, bipolar bozukluk ve madde bağımlılığı dahil olmak üzere mental hastalıkların elektrografik bağlantılarını göstermiştir. Travmatik beyin hasarı, bipolar bozukluk ve demansın klinik bağlantıları da saptanmıştır.

Kantitatif EEG'nin amacı, hastanın beyin dalga aktivitesini kendi yaşındaki ortalama kişininkiyle karşılaştırmak ve Dikkat Eksikliği/DEHB ve diğer durumların klinik bağlantılarını aramaktır. EEG anormalliklerini tedavi eden bir terapi formu olan nörofeedback için tanısız izlenimleri ve önerileri içeren bir rapor geliştirildi. QEEG araştırmasına dayanan ilaç yönetimi için uygulamalar da ele alındı. QEEG'nin MRI, PET ve SPECT üzerinde birçok avantajı vardır. İnvaziv değildir, diğer beyin görüntüleme yöntemlerinden daha ucuzdur ve beyin işleyişi hakkında çok daha fazla bilgi sağlar.

QEEG nin klinisyene verdiği 4 teknik vardır Mutlak güç (absolute power), Nisbi güç (relative power), konnektivite, tutarlılık (Faz, amplitud değişimleri)

QEEG bilgisi ile klinik bilginin korelasyonu sonucu hastanın beyin fonksiyonu hakkında yorum yapma imkanımız olabilmektedir.

Bunun FDA den onaylanan ilk sonucu 15.07 2013 tarihinde DEHB da oldu.

NEBA olarak isimlendirilen Nöropsikiyatrik EEG temelli system kullanıldı. Çocuk ve ergenlerde QEEG tekniği ile beyin dalga ölçümünde Teta- Beta oranının hasta olmayanlara göre daha yüksek çıktığı açıklandı.

Cordans çalışmaları ise Depresyon da yeni prediktif sonuçları işaret etmektedir.

Kordans EEG kanallarındaki absolut ve relatif güçleri entegre eden bir kantitatif EEG(QEEG) ölçüsüdür. Kordans hesaplaması 3 aşamalı bir algoritma ile yapılmaktadır. İlgili detaylar ve kordans hesaplamasının bulunduğu ve kullanıldığı ilk yayın 1999 yılında Psychiatry Research dergisinde yayınlanmıştır. Yapılan çalışmalarda kordans değerlerinin beyindeki yerel kan akımı (perfüzyon) ile yüksek düzeyde korelasyon gösterdiği ve bu kan akımının indirekt bir indeksi olarak kabul edilebileceği belirtilmiştir. Kordans çalışmaları ağırlıklı olarak dünyanın en saygın nörobilim merkezlerinden birisi olan UCLA (California üniversitesi) de uygulanmaktadır. Yapılan birçok çalışmanın sonucunda EEG' de theta dalgasındaki prefrontal kordans değerlerinin ortalamasının depresyon tedavilerinin (farmakolojik, somatik ve psikoterapi uygulamaları) bir öngörüsü olarak kullanılabileceğini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Nörogörüntüleme, Elektrofizyoloji, QEEG, DEHB, Depresyon

Oksidatif stres ve psikiyatrik hastalıklar

Doç. Dr. Yakup Albayrak

Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Tekirdağ

Oksidatif stres, reaktif oksijen moleküllerinin (ROS) hücrelerin antioksidan kapasite-lerini aştığında ortaya çıkan durumdur. Bu durum değişik hücre yapılarının oksidatif olarak hasarlanmalarına neden olur. Böylelikle psikiyatrik hastalıkları da kapsayan birçok hastalığın temelini oluşturur. Yapılan klinik ve preklinik çalışmalar sonucunda beynin savunma mekanizmalarının ROS tarafından bozulduğu, bu bozukluğun giderilmesinde antioksidan kapasitenin yeterli çalışmadığı veya reaktif olarak antioksidan kapasitenin arttığı ve sonuç olarak oksidatif stres düzeyinin artması ile psikiyatrik rahatsızlıkların ortaya çıktığı bilinmektedir. Depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, şizofreni ve ilişkili bozukluklar, otizm ve ilişkili bozukluklar gibi yaygın nöropsikiyatrik hastalıkların etiyolojisinde oksidatif stres önemli bir rol oynamaktadır. Etiyoloji ile ilgili çalışmaların yanı sıra antioksidan kapasiteyi artırmak ya da lipid peroksidasyonunun azaltmak yolu ile alternatif tedavi çalışmaları bulunmaktadır. Her ne kadar bazı nöropsikiyatrik hastalıklarda oksidatif stresin etyolojideki ve tedavi alternatiflerindeki rolü ile ilgili önemli mesafeler alınmış olsa da, halen ileri çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Bu sunumda genel hatlarıyla nöropsikiyatrik hastalıklar ve oksidatif stres arasındaki muhtemel ilişkilere değinilecektir

Nöroinflamasyon ve psikiyatrik hastalıklar

Doç. Dr. Abdullah Akpınar

İsparta SDÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İsparta

İnflamasyon; canlı dokunun her türlü canlı, cansız yabancı etkene veya içsel/dışsal doku hasarına verdiği hücrel, humoral ve vasküler bir seri cevabı olarak tanımlanmaktadır. İnflamasyonun temel amacı, organizmayı hücre yaralanmasının sebep ve sonuçları olan nekrotik hücre ve dokulardan temizlemek olan organizmanın koruyucu bir cevabıdır. İnflamasyonda salınan kimyasal moleküllerin hücreler üzerine etkileri karmaşık ve değişkendir.

Periferik sistemdeki inflamatuvar süreçler santral sinir sistemini de etkileyebilmektedir. Periferik sistemdeki inflamasyon ile ilişkili bir mediator kan beyin bariyerini geçebildiğinde yada geçebilen molekülleri etkilediğinde beyinde başta mikrogliya gibi hücreler tarafından nöroinflamasyon tetiklenebilmektedir. Nöroinflamasyon nöronal hücre ve yapıların gelişiminde gerekli bir düzenektir. Bununla birlikte bu düzenek kronikleştiğinde yada şiddetli olduğunda inflamatuvar moleküller vasıtasıyla patolojik bir süreç oluşturabilmektedir. Bu patolojik süreçler; hücre hasarı, ölümü, fonksiyonel işlev bozukluğu, otonomik dengesizlikleri içermektedir. Nörotransmitter metabolizması, nöroendokrin işlevler ve sinaptik plastisite sürecini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu süreçler bir belirti yada bozukluğuna yol açabileceği varsayılmaktadır. Nöroinflamatuvar hipotez, psikiyatrik bozuklukların etyopatogenezinde immun sistemin rolü olabileceği öne sürmektedir. Bu hipotezle ilgili temel kanıtlar şu hususları içermektedir: Tıbbi bozuklukların ve diğer dışlayıcı kriterlerin varlığındaki psikiyatrik bozukluklarda inflamatuvar moleküllerdeki değişimler; inflamasyon ile ilişkili bozukluklarda artmış psikiyatrik bozukluk komorbiditesi; psikotrop ilaçların inflamatuvar moleküller üzerinde düzenleyici etkilerinin gösterilmesi; antiinflamatuvar ilaçların psikiyatrik bozukluklardaki bazı olumlu etkileri; sitokinlerin nörotransmitter metabolizmasının çeşitli basamaklarında değişimlere yol açabilmesi; hipotalama-pituiter-adrenal (HPA) aksın psikiyatrik bozukluklarda işlevinin bozulması ve sitokinlerin HPA aksın işlevini etkileyebildiğinin gösterilmesi; hipokampal nöroenez erişkin dönemde de devam edebilmekte, inflamatuvar moleküller bu nöroenez azaltılabilmekte yada baskılayabilmektedir. Başta major depresyon olmak üzere psikiyatrik bozukluklarda hipokampal nöroenezin azaldığı ve psikotrop bazı ilaçlarla bu etkinin azaltılabildiğinin gösterilmesi.

Fiziksel veya psikolojik bir stresör etkenin varlığında; CRH salınımının artması, katekolamin salınımını artırmakta, makrofaj aktivasyonu ve proinflamatuvar sitokinlerin üretiminde artışına ve monoamin metabolizmasında değişikliklere, eksitotoksisitenin artması ve nörotoksik faktörlerin üretimin azalmasına yol açmaktadır. Sonuçta inflamatuvar moleküllerin yer aldığı bu düzenekte psikiyatrik bozukluklar ortaya çıkabilmektedir.

Kaynaklar

1. Kurulay F, Çavdar Z. İnflamatuvar medyatörlere toplu bir bakış Genel Tıp Derg. 2006;16(3):143-52.
2. Sahin C, Aricioglu F. Future directions of cytokine hypothesis in depression: 'NLRP3 inflammasome'. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni-Bulletin Of Clinical Psychopharmacology. 2013; 23(3): 280-8.
3. Varma GS. Major Depresif Bozuklukta Nöroinflamatuvar Hipotez. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2014; 6(1):1-9.

Çocukluktan yetişkinliğe anksiyete bozukluğu geçişi ve risk faktörleri

Prof. Dr. Neşe Kocabaşoğlu

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

A nksiyete bozuklukları ve depresyon çocukluk çağında ve ergenlik döneminde en sık görülen psikiyatrik tablolardan biridir. Bernstein, Burchardt ve Perwien tüm anksiyete bozuklukları için prevalansı 15% olarak bildirmişlerdir. Bu nedenle çocukluktan yetişkinliğe anksiyete bozukluklarının epidemiyolojik ve kausal geçişini ve risk faktörlerini incelemek önemli olacaktır.

Ergenlikle birlikte anksiyete bozukluklarının görülme sıklığı artmaktadır. Keller ve ark. nın bildirdiğine göre anksiyete bozukluğu tespit edilen çocukların 46% ında 8 yıl sonrasında bile ilk semptom benzeri bulguları gösterebilmektedir. Örneğin seperasyon anksiyetesi gösteren çocuklarda, ilerleyen yaşlarda fobik bozukluk veya panik bozukluk kriterleri karşılanmaktadır.

Anksiyete bozukluklarında çocukluk çağından erişkinliğe geçişte biyolojik faktörler, mizaç, bilişsel faktörler, duygulanım ve sosyal faktörler rol oynamaktadır.

Sunumda çocukluktan yetişkinliğe anksiyete bozukluğu geçişi ve risk faktörleri yukarıda belirtilen kategorilerde tek tek ele alınacak ve çok nedenli gelişimsel model (Beidel ve Turner) eşliğinde irdelenecektir.

Anahtar kelimeler: anksiyete, çocuk, erişkin

Kaynaklar

1. Bernstein G.A., Borchardt, C.M., Perwien, A.R.(1996). Anxiety disorders in children and adolescents: A review of the past 10 years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 1110-1119.
2. Keller, M.B., Lavori, P.W., Wunder, J., Beardslee, W.R., Schwartz, C.E.& Roth, J (1992). Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. Journal of american Academy of Child and adolescent psychiatry, 31, 596-599.
3. Beidel, D.C & Turner, S.M (1997). At risk for anxiety: Psychopathology in the offspring of anxious parents.. Journal of american Academy of Child and adolescent psychiatry, 36, 918-924.

DSM-5 anksiyete bozukluklarına tanısall yaklaşımda ne değıştirdi?

Prof. Dr. M. Murat Demet

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Manisa

Psikiyatrik bozuklukların sınıflandırılmasında, bozuklukların etiyoloji ve patogenezin ilişkili bilimsel yaklaşımın geliştirilmesi amacı ile başlayan DSM-5 süreci 2013 yılında yayımlanmış ve anksiyete bozuklukları kategorizasyon hem de ölçütler açısından en fazla değışikliğe maruz kalan tanı grubu olmuştur. Değışiklikler bölüm yapısında, her bir bölümün içindeki tanı gruplamasında ve ölçüt değışiklikleri ile belirleyicilerin tanımlanmasında gerçekleşmiştir.

Ana tanı gruplarında gerçekleşen değışiklikler

DSM-IV-TR’de söz konusu bozukluklar “Anksiyete Bozuklukları” ana tanı kategorisi altında idi (Amerikan Psikiyatri Birliğı 2001). DSM-5’te obsesif kompulsif bozukluk ile beden dismorfik bozukluğu, biriktirme bozukluğu, cilt yolma bozukluğu ve trikotilomani aynı grup içine alınarak “Obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar” kategorisi oluşturuldu (Amerikan Psikiyatri Birliğı 2013). Öte yandan tepkisel bağlanma bozukluğu, sınırsız toplumsal katılım bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, akut stres bozukluğu, uyum bozuklukları gibi travma ve strese yanıt ile ilgili bozukluklar ise “Travma ve stres etmenleri ile ilişkili bozukluklar” tanı grubunda yer almıştır. Anksiyete bozuklukları tanı kategorisindeki temel değışiklik ise “Ayrılık anksiyetesi ve seçici mutizm tanılarının bu kategoriye alınması ve panik bozukluğundaki agorafobi eşliğinin kaldırılmasıdır (Kupfer 2015).

1. Anksiyete bozuklukları

Ayrılık anksiyetesi bozukluğu

Bu bozukluk DSM-IV’te “Genellikle ilk kez bebeklik, çocukluk ya da ergenlik döneminde tanısı konan bozukluklar” kategorisinde yer almaktaydı. Bu konumlanmanın etkisi ile özellikle erişkinlerde görülen ayrılık anksiyetesi bozukluğu yeterince tanınamıyordu. Ayrıca bu şekilde çocuklukçağı başlangıçlı bir hastalık olarak gruplama, aslında tüm anksiyete bozuklukları genellikle çocuklukta başlamasına karşın, bozukluğu diğer anksiyete bozukluklarından ayırmaktaydı. Böylece yaşam boyu yaygınlığı %6.6 olan bozukluğun tanınmasının yolu açılmış oldu (Bögels ve ark 2013, Shear ve ark 2006).

Seçici mutizm

Çocukluk çağında %1'den daha az yaygınlığa sahip olan bu bozuklukta, hastaların %60'tan fazlasında eşlik eden anksiyete belirtisi olması ve olguların %75'inden fazlasında sosyal fobi, özgül fobi ve ayrılık anksiyetesi bozukluğunun bulunması DSM-IV'te "Genellikle ilk kez bebeklik, çocukluk ya da ergenlik döneminde tanısı konan bozukluklar" kategorisinde bulunan bu bozukluğun DSM-5'te anksiyete bozuklukları grubuna alınmasına neden olmuştur (Muris ve Ollendick 2015, APA 2013).

Panik atağı

Panik ataklarını temel özellikleri değişmeden kalmasına karşın DSM-5'te panik atağı bir belirleyici olarak tanımlanmış, diğer anksiyete bozuklukları, depresyon, madde kullanım bozuklukları gibi diğer ruhsal bozukluklarda ve kardiyak, respiratuar, cevstibüler ve gastro-intestinal hastalıklarda görüldüğünde belirleyici olarak kodlanmasını yolu açılmıştır. Panik atağına ilişkin bir diğer değişiklik te DSM-IV-TR'de yer alan "panik atağın gerçek bir tehdit olmadığına ortaya çıkar" vurgusunun kaldırılarak DSM-5'te "panik ataklarının hem sakin hem de anksiyeteli durumlarda ortaya çıkabileceği" notunun eklenmesidir (APA 2013, Asmundson ve ark 2014).

Panik bozukluğu başlığından agorafobinin kaldırılması

DSM-IV serisinde yer alan agorafobi, agorafobi olmadan panik bozukluğu, agorafobi ile birlikte panik bozukluğu ve panik bozukluğu öyküsü olmadan agorafobi şeklindeki gruplama yerini DSM-5'te panik bozukluğu ve agorafobi şeklinde iki tanı grubuna bırakmış, her iki durum da varsa aynı anda kodlama yapılabilir duruma gelmiştir. Bu değişikliğin gerekçesi olarak da yedi neden ileri sürülmüştür: (1) agorafobi olgularının önemli bir kısmında panik belirtilerin bulunmaması, (2) agorafobinin daima panik belirtilere ikincil olarak ortaya çıkmaması, (3) panik belirtilerin eşlik etmediği agorafobi olgularında işlev kaybının şiddetli olması, (4) agorafobi ve panik bozukluğu arasında sıklık, gidiş ve sonuç açısından farklar bulunması, (5) panik bozukluğu, agorafobili panik bozukluğu arasında klinik geçişler hakkında kanıtların çelişkili olması, (6) agorafobinin panik bozukluğunun şiddetini etkileyen bir etken olması yanında dolaylı olarak da bağımsız bir boyut olması ve (7) agorafobi tanısına ilişkin değerlendiriciler arası tutarlılık ve test-retest güvenilirliğinin yüksek olması (Wittchen ve ark 2010). Agorafobi tarafından bakıldığında bu açıklama geçerli olabilir. Ancak agorafobi ve panik bozukluğu aynı anda kodlanabilse bile panik bozukluğunda klinik sürecin ilk panik atağı ve arkasından gelişen beklenti anksiyetesinin bir çok olguda agorafobi gelişmesi ile sürmesi bu iki durum arasında kategorik bir ayrım kadar süreklilik şeklinde bir durumun da olduğunu göstermektedir. Bu nedenle agorafobi varlığının en azından bir belirteç olarak eklenmesi ortaya çıkan boşluğun giderilmesini sağlayabilirdi (APA 2013, Asmundson ve ark 2014).

Özgül fobi

Özgül fobinin temel ölçütleri değişmeden kalmış, yalnızca DSM-IV-TR'deki "18 yaş altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır" ifadesi DSM-5'te süre "altı ay ya da daha uzun süredir" şeklinde ifade ile tüm yaş gruplarına genişletilmiştir (APA 2013).

Sosyal anksiyete bozukluğu

Sosyal fobi adı kaldırılmış ve sosyal anksiyete bozukluğu adı bu bozukluğun tek adı olmuştur. Ayrıca DSM-IV-TR'deki "18 yaş altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır" ifadesi DSM-5'te süre "altı ay ya da daha uzun süredir" şeklinde ifade ile tüm yaş gruplarına genişletilmiştir (APA 2013). Ayrıca DSM-IV-TR'deki korkunun çoğu toplumsal durumu kapsadığını öngören "yaygın" belirteci sadece performans sırasında korku duyulacağını ifade eden "sadece performans sırasında" belirteci ile yer değiştirmiştir.

2. Obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar

DSM-5 'te obsesif kompulsif bozukluk beden dismorfik bozukluğu, biriktiricilik bozukluğu, deri yolma bozukluğu ve trikotillomani tanıları ile aynı grupta "Obsesif kompulsif ilişkili bozukluklar" başlığı altında gruplanmıştır. Bu alanda yapılan en önemli değişiklik "içgörüsü az olan" belirtecinin içgöründe sürekliliği ifade etmesi yönünden "içgörüsü iyi ya da oldukça iyi, içgörüsü kötü ve içgörüsü yok/sanırsal inanışlar" şeklinde değiştirilmiş, aynı durum beden dismorfik bozukluğu ve biriktiricilik bozukluğu için de tekrarlanmıştır. Ayrıca obsesif kompulsif bozukluk için "tık ile ilişkili" belirteci oluşturulmuştur. Beden dismorfik bozukluğu tanı ölçütlerine "dış görünümü ile ilgili kaygılarından ötürü yinelemeli davranışlarda ya da zihinsel eylemlerde bulunur" ifadesi ve kas yapısının yeterinde gelişmediğini ifade eden "kas algısı bozukluğu ile giden" belirteci eklenmiştir (DSM-5). Biriktiricilik bozukluğu DSM-IV-TR'de obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun ve obsesif kompulsif bozukluğun olası bir belirtisi olarak yer alırken DSM-5'te özgün bir tanı olarak yer almıştır. Trikotillomani DSM-IV-TR'de yer alırken DSM-5'te saç/kıl yolma bozukluğu ifadesi ile birlikte yer almaktadır. Cilt yolma bozukluğu da ilk kez DSM-5'te yer almıştır.

3. Travma ve stres ile ilişkili bozukluklar

Akut stres bozukluğu tanı ölçütlerine kişinin travmatik olaya doğrudan yaşama, tanıklık ederek ya da yakınlarının başına geldiğini öğrenme yolu ile maruz kalması eklenmiştir. Eski ölçütlerdeki aşırı korku, çarşızlık ve dehşete düşme ifadeleri yerine istek dışı anılar, düşler disosiasyon belirtileri, olumsuz duygudurum, kaçınma belirtileri, uyarılma belirtileri şeklinde gruplandırılan 14 belirti getirilmiş ve minimum 9'unun gerekli olduğu koşulu oluşturulmuştur. Uyum bozuklukları rezidüel bir kategori olmaktan çıkarılıp özgün bir tanı olarak yer almıştır. Travma sonrası stres bozukluğu ölçütlerinde önemli değişiklikler meydana

gelmiştir. Stresör etmen ya da travmayı tanımlayan ölçüt daha açık ve genişletilmiş şekilde kişinin travmatik olaya doğrudan yaşama, tanıklık ederek ya da yakınlarının başına geldiğini öğrenme yolu ile maruz kalması eklenerek yeniden oluşturulmuştur. Eski ölçütlerdeki aşırı korku, çarşızlık ve dehşete düşme ifadeleri içeren A2 ölçütü kaldırılmıştır. Ayrıca dsm_IV-TR'deki yeniden yaşantılama, kaçınma/emosyonel duyarsızlık ve uyarılma belirti kümeleri yerine kaçınma/emosyonel duyarsızlık semptom ölçütleri kaçınma ve biliş ve duygudurumda ısrarlı ve olumsuz değişiklikler şeklinde ikiye bölündüğü için toplam dört semptom kümesi ölçütü getirilmiştir. Bir başka değişiklik de “depersonalizasyon ve derealizasyon” durumu varsa bunların belirtilmesi gerektiğidir. Tanı ölçütlerine altı yaş ve altındakilere ilişkin ölçütler de eklenerek tanı eşiği genişletilmiştir. Tepkisel bağlanma bozukluğu DSM-IV-TR'de emosyonel olarak ketlenmiş ve sosyal olarak ketlenmemiş şeklinde iki alt gruba ayrılmışken DSM-5'te tepkisel bağlanma bozukluğu ve sınırsız toplumsal katılım bozukluğu olarak iki ayrı tanı grubu oluşturulmuştur.

Kaynaklar

1. American Psychiatric Association (2015) Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5. <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>.
2. Amerikan Psikiyatri Birliği (2001) Psikiyatri hastalıklarının tanımlanması ve sınıflandırılması elkitabı, Yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001)
3. Amerikan Psikiyatri Birliği (2013) Ruhsal bozuklukların tanısı ve sayımsal elkitabı, Beşinci baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabından. çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
4. Asmundson GJG, Taylor S, Smits JAJ (2014) Panic disorder and agoraphobia: An overview and commentary on DSM-5 changes. *Depress Anxiety*, 31:480-86.
5. Bögel SM, Knappe S, Clark LA (2013) Adult separation anxiety disorder in DSM-5. *Clin Psychol Rev*, 33:663-74.
6. Kupfer DJ (2015). Anxiety and DSM-5. *Dialogues Clin Neurosci*, Sep;17(3):245-6.
7. Muris P, Ollendick TH (2015) Children Who are Anxious in Silence: A Review on Selective Mutism, the New Anxiety Disorder in DSM-5. *Clin Child Fam Psychol Rev*, Jun;18(2):151-69.
8. Shear K, Jin R, Ruscio AM, Walters EE ve ark (2006) Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*, Jun;163(6):1074-83.
9. Wittchen HU, Gloster AT, Beesdo-Baum K ve ark (2010) Agoraphobia: a review of the diagnostic classification and criteria. *Depress Anxiety*, 27:113-33. Anahtar sözcükler: DSM-IV-TR, DSM-5, anksiyete, travma, obsesif kompulsif bozukluk

DSM 5 anksiyete bozuklukları tedavi seçeneklerine ne getirdi?

Prof. Dr. Şebnem Pırıldar

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir

Yaklaşık 10 yıllık bir hazırlık sürecinin ardından 2013 yılında DSM-V yayınlandı. Önceden planlananın aksine kategorik bir sınıflama sistemi olan DSM tanı sisteminde boyutsal yaklaşımın ve etyopatogeneze ilişkin süreçlerin tanısal sürece eklenmesi gerçekleştirilemedi.

Anksiyete bozuklukları hem psikiyatri polikliniklerinde hem de genel sağlık hizmetlerinde en sık görülen hastalık grubudur. Anksiyete bozukluklarının nasıl gruplandırılacağına dair pekçok nörobiyolojik araştırmaya rağmen anksiyete bozukluklarının sınıflaması yıllardır değişmemiştir.

DSM-V hazırlıkları başladığında hastalıkların etyopatogenezini içeren daha gelişmiş bilimsel bir yaklaşım getirilmesi hedeflenmişti.

Yayınlanmasından hemen sonra yoğun tartışmalar başlayan DSM-V'e ilişkin en önemli eleştiri sağlık ekonomisi perspektifinden oldu. Olağan psikolojik durumların da patolojik olarak tanımlanmasıyla tedavi gören kişi sayısının artması söz konusu olacaktı.

Ancak en önemli eleştiri geleneksel belirtiyeye dayalı deskriptif yaklaşımın değişmemiş olmasıydı. Bu yaklaşım etyopatogeneze ilişkin nörobiyolojik süreçleri içermiyordu. Bu nedenle de DSM-IV'e göre dramatik değişiklikler de getirmemişti.

Bu konuşmada DSM-V tanı sisteminde anksiyete bozuklukları alanında yapılan değişikliklerin klinikte tedaviye yansımaları ele alınacaktır.

Anahat Kelimeler: dsm-v, anksiyete bozuklukları, tedavi

Anksiyete bozuklukları ve kültür

Prof. Dr. M. Kemal Sayar

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Anksiyete bozuklukları kültürel ve etnik etkenlerden güçlü bir biçimde etkilenir. Bunun nedeni hastalık sendromlarının altında yatan fizyolojilere dönük inançta kültürel farklılıkların olmasıdır. İçinde bulunan sosyal bağlam ve kişinin maruz kaldığı sosyal normlar da kültürel etkiyi güçlendirir. Söz gelimi Kamboçyalı hastalar anksiyete durumlarını sıklıkla rüzgâr çarpması veya rüzgâr fazlası gibi tanımlamalarla ifade edilen, “iç rüzgâr”ın veya kan akımının engellenmesine bağlanan endişe belirtileri gösterebilirler. DSM-5’te yer alan kültüre özgül bir anksiyete bozukluğu da Taijin Kyofusho’dur (TKS). Japon ve Kore kültürlerinde sosyal endişenin kültürel açıdan özgül bir ifadesi olan bu rahatsızlıkta kişi öteki kişiyi rahatsız edecek bir şey yapmak veya bir görüntü içinde olmaktan korkar. TKS’nin tipik bir ifadesi başka insanları kötü kokular yayarak, yüz kızarması, uygun olmayan bakış veya uygun olmayan bir yüz ifadesiyle rahatsız etme korkusudur. Kültüre özgü sendromlardan bir diğeri de “Ataque de nervios”tur ve daha çok Latin Amerika’da görülür. Bu rahatsızlıkta kontrol kaybı, göğüs sıkışması, vücutta sıcaklık hissi, çarpıntı, kol ve bacaklarda salınma, bayılma hissi olur. Kişi bedensel belirtileri nedeniyle ölmekte olduğunu düşünebilir.

Anksiyetenin kültür ile ilintili olmasının sebeplerinden biri de sosyal olarak uygun davranışların ve sınırların bir toplumdaki diğerine oldukça değişmesi. Sosyal olarak anksiyete yaşayan biri, daha bireysel toplumlarda daha kabul edilebilir görülürken, daha iç içe yaşayan bir toplumda insanların yanında kaygı duyan biri daha fazla garipsenir, bundan daha fazla utanç duyar ve hayatı daha fazla etkilenir. Toplumun utangaçlığı, içe dönüklüğe ve kaygıya olan tavrı, kişinin yaşadığı kaygıyı nasıl gördüğünü ve onunla nasıl baş ettiğini oldukça etkiler. Veya mükemmelliğin ve birinciliğin önemli olduğu bireysel bir kültürde, kişide hata yapma kaygısı daha fazla olabilir. İnsanların kendini başarı üzerinden tanımladığı kültürlerde, kişi kendini çok daha kolay değersiz ve yetersiz hisseder, bundan kaçınmak için de elinden geldiğince mükemmel olmaya ve hata yapmamaya çalışır. Doğal olarak bunun sonucunda da yüksek bir kaygı ile yaşamaya başlar. Aynı şekilde kaygıyı ifade etme biçimi de sosyal kurallar ve neyin kabul gördüğü çerçevesinde değişebilir. Fiziksel hastalığın daha kabul gördüğü toplumlarda kaygı, vücut üzerinden dışı vurulup fiziksel hastalık olarak baş gösterirken, başka kültürlerde duygu ve ruhsal süreçler daha rahat ifade edilebilir.

Anksiyete bozukluklarında güncel terapi yaklaşımları

Prof. Dr. Serhat Çıtak

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Psikoterapiler, anksiyete bozukluklarında etkili biçimde uygulandığında, uzun süreli ve kalıcı değişimler sağlayabilecek tedavi seçenekleridir. Bu konuda etkili psikoterapi yöntemleri arasında, bilişsel davranışçı terapiler(BDT), psikodinamik terapiler, farkındalık temelli terapiler, kişiler arası psikoterapiler (KİPT) ve EMDR sayılabilir. Bu panel konuşmasında, anksiyete bozukluklarının tedavisinde güncel terapi yaklaşımları ele alınarak değerlendirilecektir.

Genelleşmiş anksiyete bozukluğunun BDT ve kısa süreli psikodinamik psikoterapi (KSPP) yaklaşımları ile başarılı biçimde tedavi edilmesinden 12 ay sonraki etkinliklerinin karşılaştırıldığı bir çalışmanın sonucunda, hem BDT hem de KSPP'nin tedaviden 12 ay sonrasında anlamlı ve kalıcı etkileri gösterilmiş, iki terapi arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.¹ Erken tedavi süreci boyunca anksiyete belirtilerinin değişimine ilişkin özgül psikodinamik tekniklerin kullanımının incelendiği bir başka çalışmada da, psikodinamik tekniklerin uygulanması ile tedavi sonrası anksiyete belirtilerinin değişimi arasında anlamlı ilişkiler gösterilmiş ve terapistin erken terapi aşamasında, hastasının davranış, duygu veya yaşantısındaki döngüsel içsel kalıplara odaklanmasının ya da hastası tarafından daha önce fark edilememiş yaşantı ve olaylara ilişkin alternatif öneri ve açıklamalar getirmesinin tedavi sonrası anksiyete belirtilerinin azaltılmasında özellikle yararlı olduğu sonucuna varılmıştır.² KİPT'in sosyal anksiyete bozukluğu (SAB), panik bozukluğu (PB) ve PTSD'deki etkinliğinin gözden geçirildiği bir diğer çalışmada, KİPT SAB'da bekleme listesinden üstün, destekleyici psikodinamik psikoterapiye denk, BDT'den daha etkisiz bulunmuştur.³ 3 temel anksiyete bozukluğunda (PB, GAB ve SAB) farmakolojik, psikolojik ve kombine tedavilerin etkinliğini karşılaştıran bir meta-analiz çalışmasında ise, toplam 37333 hastanın kapsandığı 234 randomize kontrollü çalışma (RKÇ) incelenmiş, tedavi öncesi-sonrası ve tedavi-kontrol grupları arasında etki büyüklüğü (EB) hesaplanmış. Çalışmanın sonucunda, tedavi öncesi ve sonrası EB'ne bakıldığında kombine tedaviler (BDT/ilaç) ilaçlardan, ilaçlar da psikoterapilerden daha etkili bulunmuş. EB açısından ilaçlar, SNRI, BDZ, SSRI, TCA şeklinde, terapiler de farkındalık terapileri, gevşeme, BDT/maruz bırakma, grup BDT, psikodinamik terapiler, EMDR ve KİPT şeklinde sıralanmış. Bununla birlikte, psikoterapi, ilaç tedavisi veya ikisinin kombinasyonu şeklindeki tedavilerin tercihinin hastaya bırakılması gerektiği görüşü belirtilmiştir.⁴

Kaynaklar

1. Salzer S, Winkelbach C, Leweke F, Leibling E, Leichsenring F.
2. Long-term effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive behavioural therapy in generalized anxiety disorder: 12-month follow-up. The Canadian Journal of Psychiatry 2011; 56: 503-508
3. Pitman S, Mulford JS, Hilsenroth M.
4. Psychodynamic Techniques Related to Outcome for Anxiety Disorder Patients at
5. Different Points in Treatment. The Journal of Nervous and Mental Disease 2014; 202(5): 58-67.
6. Markowitz JC, Lipsitz J, Milrod BL.
7. Critical review of outcome research on interpersonal psychotherapy for anxiety disorders. Depression and Anxiety 2014; 22: 1-10
8. Bandelow B, Reitta M, Röverb C, Michaelisa S, Görlich Y, Wedekinda D.
9. Efficacy of treatments for anxiety disorders: A meta-analysis. International Clinical Psychopharmacology 2015; 30(4):183–192

Yeme bozukluğunda bilişsel davranışçı terapi

Prof. Dr. Aslıhan Dönmez

Npggrup İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Yeme bozuklukları genel olarak beden ağırlığıyla aşırı uğraş ve yeme davranışındaki değişikliklerle giden hastalıklardır. Bu tanı kategorisinde iki temel hastalık (anoreksiya nervoza-AN, bulimiya nervoza-BN) bulunur. Tedavi için başvuran hastaların öncelikle ayrıntılı bir değerlendirmeden geçmesi gerekmektedir. Bu değerlendirme hastanın öyküsü dışında yeme bozukluğuna bağlı tıbbi komplikasyonları değerlendirme ve hastanın tedavi ortamına karar vermeyi (ayaktan veya yatarak tedavi) içerir. Yeme bozukluklarının tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ilaç tedavileriyle birlikte veya tek başına birinci basamak tedavidir ve etkinliğine dair hakkında en fazla kanıt bulunan psikoterapi türüdür. BDT'nin ilk aşaması hastanın ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi, işbirliğinin kurulması ve tedavi hedeflerinin saptanmasını içerir. Birçok hastada motivasyonel görüşmelerle tedavi motivasyonunu arttırmak gerekli olabilir. Yeme bozukluğu ve olası tıbbi komplikasyonlar hakkında psikoeğitim tedavinin başında yapılmalıdır. Hastaya kayıt tutma öğretilir ve tuttuğu kayıtlar yardımıyla bir formülasyon hazırlanır. Bu formülasyonla birlikte düzenli yemenin önemi hastaya aktarılmış olur ve tedavi süresince düzenli ve sağlıklı beslenmeye devam etmesi vurgulanır. Yeme bozukluğuna yönelik davranışçı teknikler arasında uyaran kontrolü, çevre düzenlenmesi, dikkat dağıtma ve gevşeme tekniklerinin öğretilmesi, farkına vararak yemeyi öğretme, tıknama ve kusmanın işlevinin tespit edilmesi ve kontrolüne yönelik tekniklerin öğretilmesi, varsa kaçınma davranışlarına yönelik maruziyet planlarının oluşturulması gelir. Bilişsel teknikler hastanın yeme bozukluğuna yola açan otomatik düşüncelere yönelik bilişsel yeniden yapılandırma tekniklerini içerir. Birçok yeme bozukluğu hastasında ara ve temel inançlarla da çalışmak gerekir.

Maruz kalma (exposure) tedavilerinde klasik paradigmlar

Yrd. Doç. Dr. Mehmet Emrah Karadere

Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Kliniği, Çorum

İnsan korkusunun çeşitliliği ölçülemez. Bazı insanlar asansöre bindiklerinde veya köprü-
nün üstünden geçtiklerini düşündüklerinde soğuk soğuk terlerken diğerleri büyük ya da
küçük hayvanlardan korkabilir. Bu insanlara yardım etmek için sayısız tedavi seçeneği
arasından etkili tedavi seçeneğini seçmek zorluğuydu klinisyenlerin zorluğudur. Bir çok terapi
olasılığıyla birlikte akla yatkın makul görünen bir çok terapinin sonuçta etkisiz hata zarar ve-
rici olduğu kaçınılmaz sonuçtur. Aslında anksiyete bozuklukları terapisinin M.Ö. 5. yy kadar
giden uzun ve renkli bir tarihçesi vardır. Hipokrat'ın çağdaşlarının trepanasyonla panik atağı
tedavi ettiği söylenmektedir. Maruz kalma terapisi hastayı korkulu uyararla tekrar tekrar ve
uzun süreli yüzleştirerek yardımcı olma sürecini ifade etmektedir. Exposure terapisi hem bir
bilim hem de sanattır. Kavramsal temeli ve etkinliği için gerekli olandan fazla ampirik desteği
olsa da yetenek ve teknik bilgi halen gereklidir. İki anksiyeteli kişi tam olarak aynı korku ve
kaçınma şekli sergilemez bu nedenle hiçbir exposure terapisi de aynı olamayacaktır. Bu hasta-
ya özgü ve kendine has olma ihtiyacı yaklaşımı exposure terapisinin önemli bir yanı ve anah-
tar yönüdür. Patolojik korkuyu azaltmak için terapi prosedürü olarak exposure terapisinin
kökleri 1950 lerdeki davranışçı terapi akımına dayanmaktadır. İlk davranışçı terapistleri o za-
manlar psikoanalitik bakışın baskın olduğu Amerika ve İngiltere'yi de içeren çeşitli psikote-
rapi okullarından çıktı. Aslında fobiler ve diğer anksiyete ile ilgili sorunları tedavi etmek için
ilk çabalar güney Afrikalı araştırma odaklı psikiyatrist ve psikologlardan gelmiştir. Davranışçı
terapi çağlarında ortaya çıkan maruziyet formlarından biri sistematik duyuşlaştırma-
dır. Başlangıçta şalter tarafından tanımlanmış ama daha sonra Wolpe tarafından geliştirilmiştir.
SD kaygı ile uyumsuz psikolojik bir durum ile fobik uyararı eşleştirme yoluyla anksiyete ve
objektif olarak tehlikesiz fobik uyarar arasındaki ilişkiyi zayıflatmayı içerir. Yöntem olarak
hasta ve terapist ilk önce korku hiyerarşisi geliştirir. Yani hastada en az korku uyarandan en
fazla korkulu uyarana doğru fobik durum ve nesnelerin listesi hazırlanır. sonra terapist has-
tanın rahatlamasına yardım eder. Sonra hasta rahat durumdayken anksiyete tetikleyen uya-
ranlar kademeli olarak ya görsel olarak canlandırılarak ya da gerçekten gösterilir. Eğer hasta
anksiyeteli olursa rahatlayana kadar geri çekile bilir. SD amacı fobik uyarar olduğu halde
hastanın tamamen rahat olmasıdır. BDT kökenli anksiyete bozukluklarını devam ettiren mo-
del şöyle özetlenebilir. Kendinden sonraki süreçlere de yol açan maladaptif inançlar temel
devam ettirici faktördür. Anksiyete deneyiminin ilk birleşeni korku işaretleri veya tetikleyici-
lerdir. Örneğin korkulan sonuçla ilgili bir uyarar. Kişiy bağli olarak tetikleyiciler dış uyarar

ve durumlardan, içsel bedensel duyumlardan ve işaretlerden veya girici düşünce, türtü, hayal, şüphe anı gibi zihinsel olaylardan oluşabilir. İkinci birleşen korku işaretinin tehlikeli veya zararlı veya bazı anksiyete problemleri için tiksiniç/iğrenç olarak değerlendirilmesidir. Durumların veya uyaranların zararlı olarak değerlendirilmesi maladaptif olarak değerlendirilen olasılık ve şiddetinin abartılmasından kaynaklanır ve doğal olarak anksiyete oluşturur. Anksiyete tepkisine zararsız ama fark edilebilir bedensel bulgu ve semptomlar eşlik eder(kalp atışı nefes darlığı ve baş dönmesi gibi). Bu semptomların zararlı olduğuna inanan kişilerde anksiyete deneyimlemek kendi başına bir anksiyete tetikleyicisi olabilir. Uyarılma ile ilgili bedensel duyumları tehdit olarak değerlendirmek daha kuvvetli duyumlara yol açar giderek felaketleştirici değerlendirme artar ve tam gelişmiş bir panik atakla sonuçlanır. Anksiyete deneyimi seçici dikkat ve hafıza formunda yanlı bilgi işlem süreçlerinden doğal olarak kaynaklanabilir. Bu kognitif süreçler güvenlik bilgilerini filtreleyerek ve algılanan tehditleri vurgulayarak anksiyeteli kişinin özellikle korku ipuçlarına dikkat etmesini ve maladaptif inançlarıyla uyumlu olarak katstrofik tarzda değerlendirmesini sağlayabilir. Dolayısıyla bu yanlı bilgi işlem süreci tekrar maladaptif inançları kuvvetlendirebilir. Tehlike algısının doğal sonucu güvenlik aramadır. Bireyler güvenlik sağlayıcı davranışlarına tutunarak tiksindirici aversive duygusal durumu azaltır veya ortadan kaldırır ve görünüşte korkulan felaketlerin oluşumu engellenir. Anksiyeteyi devam ettiren bilişsel davranışçı süreçler patolojik korkunun düzeltilmesini engelleyen bir kısır döngü oluşturur. Özünde anksiyeteli hastalar tersine en iyi çabalarını göstermelerine rağmen kendini devam ettiren bir döngü içinde sıkışmışlardır. Exposure terapistlerinin görevi bu işlevsiz sürecin dışında anksiyete sorunlu hastaların kendi yollarını bulmalarına yardım etmektir.

Sağlıklı yaşam ve genel iyilik hali (health and wellness) çalışmaları: yaşam aktiviteleri modülü

Uzm. Dr. Yasir Şafak

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

Kronik ciddi mental hastalıklar (şizofreni ve benzeri) toplumda oldukça yaygın görülen hastalıklar olmanın yanı sıra yaşam süresinin kısalması, artmış fakirlik, fiziksel sağlık durumlarında zayıflık gibi birçok önemli alanda problemlere de yol açar. Mental hastalık kişinin yaşamının tüm alanlarını etkiler. Bu nedenle iyileşme fiziksel, mental, sosyal, manevi yönleri entegre etmeli ve kapsamalıdır. Aynı zamanda çevresel faktörler ve sosyal destek de mental sağlık bakımının bir parçası olmalıdır. Mental hastalıklarda iyileşme bütüncül ‘sağlıklı yaşam ve genel iyilik hali-health and wellness’ bağlamında günlük yaşamın bir parçası haline gelmelidir.

İyileşme; yaşam kalitesinin artması, başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesi, hospitalizasyonun önlenmesi, sağlıklı bir yaşam tarzı inşa etmek gibi sağlığın tüm komponentlerini içermelidir. Genel toplumda bu amaçla birçok müdahale programı genel olarak 3 bacaklı bir yaklaşım benimser: Genel iyilik hali-wellness eğitimi, yönlendirilmiş egzersiz veya aktivite, odaklı davranışsal müdahaleler. Kronik ruhsal hastalığı olan kişiler için güvenli sex, sigara bırakma, kilo verme veya egzersiz gibi müdahaleleri içeren bir çok davranışsal değişim programı vardır: ABD’de wellness education community intervention; Avusturalya’da the Healthy Living Programme; Londra’da the Well-Being Support Programme.

Şizofreni gibi ciddi ruhsal rahatsızlığı olan hastaların işlevselliklerini ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla toplum içerisinde yürütülen rehabilitasyon çalışmaları bulunmaktadır: Ruhsal Toplumsal Rehabilitasyon Kulüp Evi, Toplumda Yaşama Programı, Toplum Destek Programı ve Olgu Yönetimi gibi toplum içerisinde rehabilitasyon amaçlı yürütülen programların birkaç yıl gibi uzun süreli uygulamalarının hastaların klinik düzelmelerinde, işlevselliklerinin artmasında ve öznel iyilik hallerinin devam etmesinde etkili oldukları bildirilmektedir.

Bu ihtiyaçlar doğrultusunda toplumsal ‘health and wellness’ uygulamaları Dışkapı Toplum Ruh Sağlığında uygulanmaya başlanmıştır. Bu alanda ülkemizde oluşmuş kapsamlı bir program bulunmamaktadır. Care4today® Ruh Sağlığı Çözümleri, psikoz ve şizofreni hastalığı olan kişilere yapılandırılmış, sürekliliği olan bir yaklaşımla psikoeğitim ve sağlıklı yaşam tarzı eğitimleri verilmesi amacıyla Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerini desteklemek üzere geliştirilmiştir. Tarafımızdan düzenlemesi yapılan psikoeğitim modüllerinin yanı sıra Sağlıklı Yaşam Rehberi Psikoeğitim Programının uygulamaları sırasında kılavuzların çalışma biçimine dikkat ederek “Sağlıklı Yaşam Aktiviteleri Uygulama Kılavuzu” geliştirildi

Sağlıklı yaşam rehberi eğitim programı: çalışma kitapları kolaylaştırıcı kılavuzu

Uzm. Dr. Yasir Şafak

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

Yirminci yüzyılın başlarında hastane sonrası bakım ile hastalara ayaktan tedavi programları uygulanmaya başlanmış ve bu durum hastaların toplum içinde tedavi ve bakımlarının sürdürülmesi gereğini ortaya çıkarmıştır. Psikiyatri dışı diğer hastalıklarda, hastalık hakkında eğitim verilmesinin hastalığın seyrini olumlu yönde etkilediğinin saptanmasından sonra psikiyatrik hastalıklarda da hasta ve ailesinin hastalık hakkında eğitilmesinin hastalığın seyrini olumlu yönde etkileyeceği düşünülmüş ve birtakım sistematik eğitim programları uygulanmaya başlanmıştır. Ruhsal bozukluklarda psikoeğitim, hastalıkla ilgili bilgilendirmeyi içeren broşürler, web sitelerinin kullanımı gibi pasif müdahalelerden, terapist eşliğinde yapılan BDT tekniklerine dayanan aktif müdahalelere kadar çeşitli şekillerde uygulanabilir. Glick ve arkadaşları (1994) şizofrenide psikoeğitimi; “hastalığın anlaşılması ve davranışların değiştirilmesi amacıyla, psikozun semptomları, etiyojisi ve gidişine ilişkin bilgilerin sistematik olarak verilmesi” olarak tanımlamaktadırlar.

Şizofrenide ilk psikoeğitim uygulamalarında sadece ilaç tedavi ile ilgili bilgilere yer verilirken daha sonraları hastalık seyri, nedenleri, tedavi ve hastalıkla baş etme yöntemleriyle ilgili bilgiler de programlara dahil edilmiştir. Psikoeğitim uygulamaları hastalara şizofreni ve tedavi konusundaki verilen bireysel eğitimden günümüzde psikososyal tedaviler içerisinde yer aldığı şekliyle stresle başa çıkma yöntemleri, iletişim becerileri gibi genişletilmiş içerikli grup uygulamalarına kadar değişkenlik gösterir. Yalnızca hastalara, ya da yalnızca ailelere uygulanabileceği gibi hastanın hem kendisine hem de ailesine birlikte uygulanabilir.

Psikoeğitim tüm tedavi kılavuzlarında tedavinin esas bir parçası olarak kabul edilmektedir. 40’tan fazla kontrollü bilimsel çalışma, psikoeğitimin hasta ve bakım verenlerin şizofreni hakkındaki bilgi düzeylerini anlamlı olarak geliştirdiğini, tedaviye olan memnuniyet ve uyumlarını arttırdığını göstermiştir. Bu programlara katılan hastalarda alevlenme ve hastaneye yatış oranlarında azalma, tedavi maliyetlerinde düşüş olmaktadır. Bu kapsamda Care4today® Ruh Sağlığı Çözümleri, psikoz ve şizofreni hastalığı olan kişilere yapılandırılmış, sürekliliği olan bir yaklaşımla psikoeğitim ve sağlıklı yaşam tarzı eğitimleri verilmesi amacıyla Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerini desteklemek üzere geliştirilmiştir.

Maruz bırakma tedavisinde temel ilkeler ve uygulama

Uzm. Dr. Yasir Şafak

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

Maruz bırakma terapisi basit bir manuel takip edilerek uygulanamaz. Klinisyen öncelikle hastanın problemlerinin nasıl geliştiğini anlamaya ihtiyaç duyar ve sonra bu bilgiler ışığında tedavi planını geliştirir. Bu nedenle öncelikle bu bilgi toplama aşamasında fonksiyonel değerlendirmenin nasıl yapılacağı sonrasında da maruz bırakma tedavisine hastanın angajmanı ve korku hiyerarşisinin dizayn edilmesini içeren tedavi planı geliştirilmelidir.

Fonksiyonel değerlendirme aşırı korku ve kaygıyı kontrol eden faktörler hakkında hastadan spesifik bilgilerin toplanması sürecidir. Terapist sürekli bilgi toplamaya devam etmeli ve bu bilgileri formülasyon ve tedavi planı içinde birleştirmelidir. Bir tedavi planı formüle etmek için danışanın korkularının anlaşılması gerekmektedir. Etkin bir hiyerarşi geliştirme- den önce danışan kavramsal model ve tedavi yaklaşımını tam olarak benimsemelidir. Bu, maruz bırakma terapisinin sonuçta danışana nasıl faydalı olacağını anlamasına yardımcı olur. Bunun için birinci önemli nokta anksiyete semptomlarının ne şekilde işlediğinin, nasıl bir zararlı döngünün başladığı ve nasıl bu döngünün bazı terapötik teknikler kullanılarak zayıflatılacağı veya kırılacağına iyi anlaşılmasını sağlamaktır. Sonrasında terapist bazı düşünce paternlerinin korku uyaranları (içsel veya dışsal) bağlamında ne şekilde anksiyöz hissetmeye neden olduğunu tanımlar. Daha sonra terapist danışana bu anksiyöz duyguların nasıl kaçınma ve güvenlik davranışları kullanarak anksiyeteyi azaltmak için girişimde bulunmaya zorladığını açıklar.

Danışan anksiyetenin kavramsal modelini ve onun nasıl sürdüğünü açık bir şekilde anladığı zaman maruz bırakma temelli tedavi için kullanılacak bir rasyonel sunulmalıdır. Özellikle aşamalı olarak korkulan durumlarla yüzleşme ve güvenlik sağlayıcı davranışların kesilmesi ile danışan sadece anksiyetenin kendiliğinden azalacağını değil aynı zamanda korkulan sonuçların oluşmasının mümkün olmadığını da öğrenecektir.

Maruz bırakma tedavi planı veya korku hiyerarşisi, danışanın terapi boyunca yüzyüze geleceği spesifik korkulan uyaranların bir listesini içerir. Korku hiyerarşisinin genel kavramları tanımlandıktan sonra terapist ve danışan birlikte yüzleşilecek maddeleri belirlerler. Bunun yanında yanıt önleme de maruz bırakma tedavisinin önemli bir komponentidir. Danışanlar patolojik anksiyeteyi pekiştiren kompulsif ritüeller, gizli zihinsel önlemler, güvence arama, güvenlik işaretleri, güvenlik davranışları kullanıyorsa maruz bırakma terapisi boyunca bunların durdurulması hedeflenmelidir.

Maruziyet mi değerlere doğru adım atmak mı? ACT'in exposure'a bakışı

Uzm. Dr. K. Fatih Yavuz

İstanbul Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT); “3. Dalga Psikoterapiler” olarak da adlandırılan ve kendinelik (mindfulness) ve kabul (acceptance) temelli müdahaleleri içeren yeni kuşak terapiler arasında en geniş ampirik desteğe sahip davranışçı bir psikoterapi modelidir.

Bireyin davranışlarını kendi öznel değerleri doğrultusunda planlaması üzerine odaklanan yaklaşım; istenmeyen içsel yaşantıların ortadan kaldırılması hedefinden ziyade, bu yaşantılara müdahale etmeden onların gözlenmesi ve varlıklarının kabul edilmesi prensibine dayanır.

ACT; bilişsel davranışçı yaklaşıma sahip diğer birçok terapi yöntemi gibi, kişinin kaçındığı durumlara ve uyaranlara yönelik maruz bırakma müdahalelerini içermektedir. Bununla birlikte ACT, maruz bırakma müdahalelerini semptomların azaltılması veya ortadan kaldırılması amacıyla değil, semptomla esnek bir temas kurabilmeyi öğrenebilme amaçlı uygular. Yine ACT, klasik bilişsel davranışçı yaklaşımlardan farklı olarak değer odaklı bir davranış planlaması üzerinden maruz bırakma müdahalelerini kullanır. Sunumda ACT yaklaşımının maruz bırakma müdahalelerine yönelik tutumu ve yöntemine dair temel yaklaşımı ele alınacaktır.

Maruziyet tedavisinde geçmiş, şimdi ve gelecek

Maruziyet tedavisinde yeni paradigma: inhibitör öğrenme

Uzm. Dr. Sevinç Ulusoy

Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Elazığ

Bilişsel-davranışçı terapinin temel unsurlarından biri olan maruziyet terapisinin kaygı bozukluklarında etkin bir tedavi stratejisi olduğu çeşitli araştırmalarla gösterilmiştir (Norton ve Price 2007, Hofmann ve Smits 2008). Fakat danışanların önemli bir kısmı maruziyet terapisinden fayda görmemekte ya da terapi sonrası kaygı-korku düzeylerinde yeniden artış gözlenmektedir (Craske ve Mystkowski 2006). Bu durumun 'sönme öğrenimi'nde bulunan bir takım eksikliklerden, daha özel bir tanımlama ile, yüksek sürekli anksiyete ya da anksiyete bozukluğuna sahip bireylerde sönme sırasındaki inhibitör öğrenme ve inhibitör nöral düzenleme eksikliklerinden kaynaklanabileceği öne sürülmüştür. İnhibitör öğrenme, sönme için esas teşkil etmektedir ve ikincil inhibitör bağlantılara erişimin sönme egzersizi sırasındaki korkudan ziyade bağlam ve zaman gibi etkilere bağlı olduğu düşünülmektedir.

Palovian modele göre, nötral bir uyarıcı (CS) kendisini takip eden aversif uyarıcı (US) ile belirli sayıda eşleşmenin ardından korkuyla ilişkili reaksiyonların (ya da koşullu yanıt-CR) ortaya çıkması için öncül haline gelir. CS ile US arasında bir bağlantı oluşur, CS indirect olarak US ile ilgili belleği aktive eder ve korku ortaya çıkar. 'Korku koşullanması' olarak adlandırılan bu model bir çok anksiyete bozukluğunun ortaya çıkmasını açıklamaktadır (Grillon 2008). Koşullanmış korkuyu azaltmanın en iyi yöntemlerinden biri 'sönme'dir (US'nin yokluğunda-no US- tekrarlayan CS). Aversif sonuçlar ortaya çıkmadan korkulu uyarana tekrarlayan maruziyeti esas alan maruziyet terapisi bunun klinik örneğidir.

İnhibitör öğrenme korkunun sönmesinde merkezi role sahiptir. İnhibitör öğrenme modeline göre korku koşullanması sırasında öğrenilen CS-US bağlantısı, sönme sırasında silinmez; aksine sekonder inhibitör öğrenme ile CS-no US bağlantısına yönelik öğrenme gerçekleşir. Korku inhibisyonun temelini bu sekonder öğrenme oluşturur. Sönme işleminin sonunda, CS aynı anda yarışma halindeki iki proses ile ilişkilendirilir (eksitator (korku edinimi) ve inhibitör (korku sönmesi)). US'nin yokluğunda CS yeterli uygulaması ile korku yatışsa bile; orijinal bağlantının kısmi retansiyonu nedeniyle çeşitli prosedürle orijinal eksitator bağlantıların (association) etkileri ortaya çıkarılabilir. Bu prosedürler 'spontan düzelme (spontaneous recovery)', 'bağlamsal yenilenme (contextual renewal)', 'yenileme (reinstatement)' ve 'hızlı geri edinim (rapid reacquisition)' i içermektedir (Craske ve ark. 2014).

Anksiyete bozukluğu olan bireylerde inhibitör öğrenme gibi maruziyet terapisinin altında yatan önemli bir mekanizmasında eksiklik olabileceği düşünüldüğünde, bu süreç odaklanmak maruziyet terapisinin etkinliğini arttıracaktır.

Kaynaklar

1. Craske MG, Mystkowski J (2006) Exposure therapy and extinction: clinical studies. Fear and Learning: Basic Science to Clinical Application. Editörler: Craske M, Hermans D, Vansteenwegen D. APA Books, Washington DC
2. Craske MG, Treanor M, Conway CC ve ark. (2014) Maximizing exposure therapy: an inhibitory learning approach. Behaviour research and therapy 58: 0-23
3. Grillon C (2008) Models and mechanisms of anxiety: evidence from startle studies. Psychopharmacology,199(3):421–437
4. Norton PJ, Price EC (2007) A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. Journal of Nervous and Mental Disease, 195:521–531

Maruziyet tedavisinde farmakolojik ajanlar ve sanal gerçeklik

Yrd. Doç. Dr. Hasan Turan Karatepe

İstanbul Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Bilişsel-davranışçı terapi (BDT) ile kombine edilen farmakolojik ajanların öğrenme süreçlerini güçlendirmeye dönük bir etki gösterdiğini bildiren çalışmalar giderek yaygınlaşmaktadır. Bu ajanlar içinde en sık kullanılan D-Sikloserin, etkisini korkunun söndürülmesinde (extinction) aktif rol oynayan bazolateral amigdala'daki N-metil-D-aspartat (NMDA) reseptör aktivitesi üzerinden gösteren bir moleküldür. Yapılan çalışmalarda BDT + plesebo ile karşılaştırıldığında BDT ve D-Sikloserin kombinasyonu her ne kadar üstün gibi görülse de molekülün uygulama zamanı ve dozu hakkında standart bir uygulama belirlenememiştir¹. Korku tepkisinin söndürülmesinde önemli merkezlerden biri olan medial prefrontal korteksi (mPFC) aktive etmeye yönelik kullanılan moleküllerden olan Metilen Mavisi, sitokrom oksidaz aktivitesini etkileyerek beyin oksidatif enerji metabolizmasını arttırmakta ve böylelikle mPFC aktivasyonu ile söndürme belleğinin konsolidasyonu sağlanmaktadır.² Literatürde dopamin, yohimbin, norepinefrin, endokannabinoidler beyin-türevli nörotrofik faktörün (BDNF) ve kortizol'un maruziyet tedavisinde öğrenmeyi güçlendirici endomoleküller olarak etkili olabilecekleri bildirilmiştir^{3,4}.

Son yıllarda terapi etkinliğini arttırmaya yönelik girişimler sonucu farmakolojik ajanlar kadar bilgi teknolojilerini de tedavi protokollerine kendilerine yer bulmaya başlamıştır. Sanal gerçeklik (SG) teknolojisi maruziyete klinisyen eşliğinde başlanması gereken durumlarda önemli imkanlar sunmaktadır. Bunun yanında danışanın yoğun korku tepkisi verdiği durumlarda tedaviye başlamayı kolaylaştıracak bir enstrüman olarak göze çarpmaktadır. 14 klinik çalışmanın derlendiği bir metaanaliz çalışmasında SG'in özgül fobilerde davranış değişikliğini güçlendirdiği ifade edilmiştir⁵.

Kaynaklar

- 1 Hofmann, S. G., Wu, J. Q., & Boettcher, H. (2013). D-Cycloserine as an augmentation strategy for cognitive behavioral therapy of anxiety disorders. *Biol Mood Anxiety Disord*, 3(11), 1-10.
- 2 Gonzalez-Lima, F., & Bruchey, A. K. (2004). Extinction memory improvement by the metabolic enhancer methylene blue. *Learning & Memory*, 11, 633-640
- 3 Hofmann, S. G., Gutner, C. A., & Asnaani, A. (2012). Cognitive Enhancers in Exposure Therapy for Anxiety and Related Disorders. In *Exposure Therapy* (pp. 89-110). Springer New York.
- 4 Kobayashi, K., Shimizu, E., Hashimoto, K., Mitsumori, M., Koike, K., Okamura, N., et al. (2005). Serum brain-derived neurotrophic factor (BDNF) levels in patients with panic disorder: As a biological predictor of response to group cognitive behavioral therapy. *Progress in Neuro- Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 29, 658-663
- 5 Morina, N., Ijntema, H., Meyerbröker, K., & Emmelkamp, P. M. (2015). Can virtual reality exposure therapy gains be generalized to real-life? A meta-analysis of studies applying behavioral assessments. *Behaviour research and therapy*, 74, 18-24.

Psikotik semptomları olan, tardif diskinezi gelişmiş, klozapin kullanırken nöbet geçiren bir OKB olgusu

Yrd. Doç. Dr. Oğuz Tan

Üsküdar Üniversitesi Np Feneryolu Polikliniği, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Bayan A 22 yaşında obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanısıyla iki yıl tedavi görmüş ve hastalığı remisyona girmiştir. Yirmi dokuz yaşında depresif ve psikotik belirtiler gelişmesi üzerine ayaktan ve yatarak tedaviler almış, antipsikotik ilaçlar kullanmıştır. Bu esnada hastada dilde protrüzyon ortaya çıkmıştır. Söz konusu semptom tardif diskinezi olarak değerlendirilmiş, antipsikotik ilacı değiştirilerek klozapin kullanımına geçilmiştir. Hasta klozapin kullanırken hem myoklonik nöbetler geçirmeye başlamış, hem de obsesif kompulsif belirtiler ileri derecede kötüleşmiştir. Bu bildiride bu hastanın tedavisine nasıl yaklaşıldığı anlatılacaktır.

Obsesif kompulsif bozukluk ve bipolar bozukluk birlikteliğinin bir olgu sunumu ile ele alınması

Yrd. Doç. Dr. Eylem Özten

Npistanbul Nöropsikiyatri Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) eş tanı açısından daha çok majör depresif bozukluk ile birlikteliği üzerinde durulup, çalışmalar buna odaklanmışken, son yıllarda ise Bipolar bozukluk ile OKB eş tanısı üzerine araştırmalar yürütülmektedir. OKB ve Bipolar bozukluk eş tanısı klinik görünümde değişiklikler yaratması ile tanı karmaşasına yol açması, tedaviye direncinin gelişebilmesi ve ilaç seçimi ile ilgili zorluklardan dolayı doğru tanı konması ve uygun tedavi yaklaşımlarının saptanması önemlidir.

Çalışmalarda Bipolar bozukluk hastalarında OKB eş tanı sıklığının %7 ile %38 arasında değiştiği ve yaşam boyu OKB eş tanı sıklığının ortalama olarak en az 10 oranında olduğu saptanmıştır (Simon ve ark 2004, Tamam ve ark 2002).

Bipolar bozukluğun, OKB'nin klinik görünümü üzerinde değişikliklere yol açabildiği belirtilmiştir (Pergui ve ark 1997). OKB eş tanısı alan Bipolar bozukluk hastalarında, OKB belirtilerinin saf OKB hastalarına göre daha yavaş başladığı, özkıyım girişimi sayısının fazla olduğu dönemsel özellikler gösterdiği ve bu hastaların daha çok depresyon dönemi geçirdikleri, ilk depresyon dönemlerinin daha erken yaşta ortaya çıktığı, poliklinik başvuruları ve hastane yatışlarının daha sık olduğu, OKB tedavisine daha az yanıt verdikleri gözlenmiştir (Darby ve ark 2011, Pergui ve ark 1999).

OKB'de etkinliği ortaya konmuş ilaç grubu Antidepresan ilaçlar olduğu için, bu ilaçların kullanılması manik kayma ve hızlı döngüye yol açma risklerinin yüksek olması nedeni ile tedaviyi zorlaştıracaktır. OKB'si olan bipolar hastalarda da duygudurum belirtilerine tedavide öncelik verilmesi önerilmektedir (Myers ve ark 2000).

Tanı ve tedavi sürecindeki zorlukları beraberinde getiren OKB ve Bipolar bozukluk birlikteliği bir olgu sunumu ele alınarak incelenecektir.

Anahtar Kelimeler: bipolar bozukluk; eş tanı; obsesif Kompulsif Bozukluk

Kaynaklar

1. Darby L, Agius M, Zaman R. Co-morbidity of bipolar affective disorder and obsessive compulsive disorder in a Bedford community psychiatry team. *Psychiatr Danub* 2011; 23:130-133.
2. Myers JE, Thase ME. Anxiety in the patient with bipolar disorder: recognition, significance and approaches to treatment. *Psychiatr Ann* 2000; 30:456-464.
3. Perugi G, Akiskal HS, Pfanner C, Presta S, Gemignani A, Milanfranchi A et al. The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord* 1997; 45:15-23.
4. Perugi G, Akiskal HS, Ramaciotti S, Nassini S, Toni C, Milanfranchi A et al. Depressive comorbidity of panic, social phobic, and obsessive-compulsive disorders re-examined: Is there a bipolar II connection? *Psychiatr Res* 1999; 33:53-61.
5. Simon NM, Otto MW, Wisniewski SR, Fossey M, Sagduyu K, Frank E et al. Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: Data from the first 500 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry*, 2004; 161:2222-2229.
6. Tamam L, Özpoyraz N. Comorbidity of anxiety disorder among patients with bipolar I disorder in remission. *Psychopathology* 2002; 35:203-209

Demans tanısı kolay mı?

Yrd. Doç. Dr. Celal Şalçini

Nöropsikiyatri Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Demans veya Türkçe ismiyle bunama, zihinsel yetilerin kaybı ile ortaya çıkan ve birden fazla kognitif becerinin bozulması ile giden ilerleyici bir klinik sendromdur. Demanslar, birçok açıdan sınıflandırılabilecekleri gibi öncelikle primer ve sekonder demanslar olarak sınıflandırılmaktadırlar. Primer demansları başlıca Alzheimer Hastalığı olmak üzere nörodejeneratif hastalıklar oluşturmaktadır. Demansların prototipi olarak Alzheimer hastalığı ve özellikle de diğer demanslar bazen tanıyı zorlaştıracak bir şekilde atipik prezentasyonlu olabilmektedir. Tipik veya özellikle atipik prezentasyonlu vakalarda klinik pratikte ileri tanı yöntemlerine başvurmadan önce öncelikle sekonder demansların ekarte edilmiş olması gerekmektedir (Tanrıdağ, 2015). Sekonder demansların bir kısmının tedavisi mümkün, dolayısıyla reversibl olabileceğinden ötürü klinik pratikte önem arzetmekte ve de dikkatli değerlendirme gerekmektedir. Son zamanlarda özellikle de psikiyatrislerin demans hastasına yaklaşımını pratik hale getirmek için reversibl, non-progresif ve progresif gibi yeni sınıflandırmalar da önerilmektedir. (Rabins, 2008). Son yıllarda atipik prezentasyonlu hastalarda ileri tetkiklere başvurulmakta (beyin-omurilik sıvısı incelenmesi, fonksiyonel beyin görüntülemeleri veya henüz ülkemizde bulunmayan amiloid görüntüleme gibi) veya çok nadiren halen günümüzde kesin tanı için gerekli olan doku örneklemesine kadar gidilmektedir.

Bu sunumda vakâ sunumları eşliğinde atipik prezentasyonlu ve reversibl demanslar interaktif olarak tartışılacaktır.

Kaynaklar

1. Tanrıdağ O (2015), Davranış Nörolojisi, Nobel Tıp Kitabevi
2. Rabins PV, Slavney PR (2008) Overview of psychiatric symptoms and syndromes. In Psychiatric Aspects of Neurologic Diseases: Practical Approaches to Patient Care (eds CG Lyketsos, PV Rabins, JR Lipsey, et al): 41–64. Oxford University Press

EEG ve qEEG kursu

Prof. Dr. Oğuz Tanrıdağ, Dr. Celal Salçını

Üsküdar Üniversitesi NPIstanbul Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

EEG (Elektroensefalografi) ve qEEG (Kantitatif Elektroensefalografi) nörolojik ve psikiyatrik hastalıkların tanı ve ayırıcı tanısında kullanılan elektrofizyolojik yöntemlerdir. EEG ile geniş bir nöron grubunun spontan elektriksel aktivitesindeki dalgalanmalar kafatası yüzeyinden kaydedilir. Bu yöntem beynin yapısal özelliklerinden çok fonksiyonel durumunu yansıtır. Kantitatif EEG ise beyin elektrosunda elde edilen frekansların matematiksel yöntemlerle haritalanmasıdır.

EEG daha çok nörolojik hastalıkların qEEG ise daha çok metabolik ve psikiyatrik durumların incelenmesinde kullanılır. Örneğin, epilepsi tanısı için EEG daha uygun bir yöntem olduğu halde demans ve anksiyete için qEEG daha uygundur. Epilepsi tanısı için önemli olan EEG anormallikleri qEEG’de sadece yavaşlama şeklinde görülür. Buna karşın, EEG demans ve depresyon ayırıcı tanısında bir şey söylemediği halde bu konuda qEEG değerlidir. Ayrıca demansın evrelerinin izlenmesinde qEEG daha duyarlıdır. Kurs süresince buna benzer örnekler verilecektir.

Adli psikiyatri kursu

Uzm. Dr. Latif Ruhşat Alpkan

İstanbul Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Medeni hukukla ilgili adli psikiyatrik uygulamalar

- Fiili ehliyetin değerlendirilmesi
- Vesayet
- Ruhsal hastalıklar ve fiil ehliyeti
- Yasal danışmanlık
- Vasiyetname düzenleme
- Evlenme
- Evliliğin iptali
- Evliliğin sonlandırılması
- Koruma amacıyla özgürlüğü kısıtlanması (kuruma yerleştirme)
- Etik ilkeler
- Hasta mahremiyeti

İdari psikiyatri

Dr. Nezih Eradamlar

- Emniyet teşkilatı personelinin psikiyatrik rahatsızlıklarında dilim belirlenmesi
- Silah ruhsatı
- Sürücü belgesi
- Psikotik memurların muayeneye sevkindeki sorunlar
- Hükümlülerin psikiyatri servislerine yatışlardaki sorunlar

Psikiyatristler uykudan ne anlar?

Prof. Dr. Hamdullah Aydın

Özel Keçiöğren Hastanesi, Ruh ve Sinir Hastalıkları, Ankara

Genel olarak, psikoloji bozulunca uykunun bozulduğu, uyku bozulunca da psikolojinin etkilendiği bilinmektedir. Psikiyatrik bozukluklarda, uyku ve uyku sorunları, genel anlamda bir belirti olarak ele alınmış, diğer belirtiler gibi, tablodaki gidişin olumlu ve olumsuz yanlarına katılışı açısından izlenmiştir. Bu konuda en çok bilinen nokta, uykuda düzensizlik başladığında özellikle kontrol altına alınmış sorunlarda alevlenme olduğudur.

Uyku, fizyolojik bir olaydır. Kendi içinde, farklı özellikleri olan evrelerden oluşmaktadır. Bu evrelerin özellikleri tanımlanmıştır. Çalışmalarda ulaşılan noktada, uyku oluşumu ve fizyolojik olaylardaki dönüşümlerin, SSS’de dinamik bir dizi değişimle ilişkili olduğu ortaya konmuş durumdadır. Artık, psikiyatrik bozukluklarda uyku çalışmaları tanı, tedavi ve prognoza ışık tutuşunun sınırları çizilmiş durumdadır.

Bu tanımlar ışığında, aşağıda özetleri belirtilen çalışmalardan da yola çıkarak psikiyatrist olarak, hasta karşısında ve araştırmalarda “uyku” başlığının yeniden irdeleneceğinden kuşku yoktur.

Araştırmalarda, depresyonda uykuda REM latensinin kısa olduğu dikkat çekmiştir. REM latensindeki kısalma ile depresyonun şiddeti ilişkili olduğu, tedaviye yanıt oluştuğunda REM latensinin normale döndüğü ortaya konmuştur.

Kaygı bozukluklarında uykuda uyarılmışlık (arousal) yoğunluğu belirgindir.

Travma sonrası stres bozukluğunda uyku çalışmaları, derin uykuda kalp ritmi normal kontrollardan yüksek bulunmuştur. Bu da, uyarılmışlığın uykuda da sürüyor olduğunun göstergesi olarak kabul edilmektedir.

Skizofrenik bozuklukta uyku çalışmalarında, ilaç kullanmamış kronik olgularda, deteryasyon düzeyi ile EEG dalgalarının genliğindeki düşüklük paralellik göstermektedir.

Yukarıda değinilen çalışmalar sürdüğü psikiyatrik bozukluklarda uyku çalışmalarıyla adımlar atılabileceğini göstermektedir.

Parasomniler

Yrd. Doç. Dr. Uğraş Erman Uzun

Medipol Mega Hastaneler Kompleksi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Latince'den birebir çeviri ile "uykuya eşlik eden" anlamına geliyor olsa da daha kapsamlı bir tanımlama ile uykudan uyanırken, dalarken ya da süresince meydana gelen hareketler ya da davranışlar gibi arzulanmayan fiziksel aktiviteler ile duygularımız ve algılarımızla ilgili yaşantılamaları hatta kabusları içerebilir. Parasomniler, REM ile ilişkili, NREM ile ilişkili ve diğerleri olmak üzere üç ana başlıkta sınıflanabilir. NREM ile ilişkili parasomniler, uyurgezerlik, uyku terörü, konfüzyonel uyanma ve uyku ile ilişkili yeme bozuklukları gibi uyanma bozuklarını kapsar. REM ile ilişkili parasomniler ise, uyku paralizi, kabus bozuklukları ve REM uykusu davranış bozuklukları gibi REM dönemine özgü özelliklerdeki bozulmalarla ilişkilidir. Ayrıca bu iki uyku dönemine özgü olmayan uyku ile ilişkili disosiyatif bozukluk, uyku ile ilişkili halüsinasyonlar, uyku enürezisi, patlayan baş sendromu, ilaç, madde ve tıbbi hastalıklarla ilişkili parasomnilerde söz konusudur.

Parasomniler yetişkinlik dönemimden daha çok çocukluk döneminde görülüyor olması yetişkin psikiyatri pratiğinde ihmal edilen bir alan olmasına rağmen uyku panik atakları, uykuyla ilişkili disosiyatif bozukluklar, uyku ile ilişkili yeme bozuklukları, uyurgezerlik, uykuda ritmik hareket bozuklukları ve enürezis noktırna gibi parasomniler daha psikiyatrik yönü ön plana çıkan bozukluklar gibi durmaktadır. Ayrıca erişkinlik döneminde de devam eden parasomnilerin çocukluk çağı travmatik yaşantılamalarından kaynaklı olabileceğini akılda tutmak gerekir. İlaç ile ilişkili olarak bir çok parasomni tipinin özellikle de REM uykusu davranış bozukluğunun, tedavi pratiğinde yaygın biçimde kullandığımız SSRI, SNRI veya trisiklik gibi antidepresanlar ile tetiklenebileceği bilinmeli ve dikkatli olunmalıdır. Ayırıcı tanıda özellikle epileptik durumlarla ayırımının iyi yapılabilmesi önemlidir. Polisomnografik değerlendirme için epilepsi ayırıcı tanısı haricinde, uykuda görülen davranışların ya da bu davranışların görüldüğü zamanın parasomniler için tipik olmaması, ayrıca bozukluğa bağlı gelişen davranışın hasta veya uyku partneri için potansiyel veya mevcut yaralanmalara sebebiyet veriyor olması endikasyon oluşturabilir.

Erişkinlerde DEHB: ne kadar farkındayız?

Prof. Dr. Cengiz Tuğlu

Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Edirne

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocukluk çağıının en önemli psikiyatrik bozukluklarından biridir. Yakın zamanlara kadar çocukluk çağıyla sınırlı olduğu, erişkin yaşamda belirtilerin kaybolduğu, yaşama bir etkisinin ve dolayısıyla tedavi gereksiniminin olmadığına inanılmaktaydı. Kanıtlar incelendiğinde ilk olarak çocuklukta kendini gösteren DEHB ‘nin, erişkin yaşamda da kısmi ya da tam tanıyı karşılayacak ölçüde belirtilerini sürdürdüğünü göstermektedir. Birçok izlem çalışması olguların yaklaşık üçte ikisinde belirtilerin kısmen veya tamamen (yirmibeş yaş civarındaki olguların yaklaşık %15 ‘inde) karşıladığını göstermektedir. Bir diğer söyleyişle sendromdan etkilenen grubun en az yarısında belirtiler yaşamı etkileyecek şiddette varlığını sürdürmektedir.

Peki neredeler ? Erişkin dönemde tanısız güçlüğü artıran bir neden DEHB belirtilerinin ağırlıklı olarak çocukluk çağı için tanımlanmış olmasından kaynaklanmaktadır. Hem bu uyumsuzluk hem de erişkin yaşamın karmaşıklığı, başetme çabasıyla geliştirilen sağlıklı stratejiler tanısız güçlüğü daha da artırmaktadır. Aslında bu hastaların önemli bir kısmı diğer eş tanıları (major depresyon, anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, bipolar bozukluk) nedeniyle psikiyatri polikliniklerinin kapılarını aşındırmaktadır. Duygulanımsal oynamalar, içsel gerginlik ve huzursuzluk gibi DEHB belirtileri fark edilmeyip arka planda kaldıkça tabloya eklenen diğer eş tanıların psikiyatrik tedavileri ve takipleri daha iyi olmaktadır. Tedavi edilmemiş DEHB’ li bireylerin suç oranları ve tutuklanmaları tedavi alan gruba göre yüksek seyretmektedir. Ayrıca DEHB ele alınırken kalıtsallık ve cinsiyet bileşenleri de dikkatli ele alınmalıdır. Örneğin sendrom erkeklerde hiperaktivite ve dürtüsellik ile ilgili gürültülü bir çok semptomla gözlenirken kızlarda bunlar olmadan dikkatsizlik ve düşük akademik başarıyla sessiz bir seyir izleyebilir. Bu durum nedeniyle sendromun farkedilmemesi müdahale edilebilecek bir rahatsızlığa gerekli tedavilere ulaşılmasını güçleştirebilir.

Kaynaklar

1. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Connors CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *The American journal of psychiatry*. 2006;163(4):716-23.
2. Ginsberg Y, Hirvikoski T, Lindefors N. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among longer-term prison inmates is a prevalent, persistent and disabling disorder. *Bmc Psychiatry*. 2010;10.
3. Halmoy A, Fasmer OB, Gillberg C, Haavik J. Occupational Outcome in Adult ADHD: Impact of Symptom Profile, Comorbid Psychiatric Problems, and Treatment A Cross-Sectional Study of 414 Clinically Diagnosed Adult ADHD Patients. *Journal of attention disorders*. 2009;13(2):175-87.

Yaşam boyu dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu

Prof. Dr. Neslihan İnal Emiroğlu

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocukluk çağında başlayan ve olguların önemli bir kısmının ergenliğe (%60-80) ve erişkinliğe (%40-60) kadar devam eden bozukluğa sahip oldukları bir bozuktur. DSMV de nöro gelişimsel bozukluklar içine alınması bozukluğun gelişimsel doğasının kanıt düzeyinin kesinleşmesi ile ilgili görülmektedir. Çocukluğunda DEHB tanısı almış ve tedavi edilmemiş olguların erişkin yaşamlarında daha fazla akademik, iş ve sosyal hayatlarında kayıp yaşadıkları aynı zamanda alkol-madde bağımlılığı ve antisosyal davranışların fazla olduğu bildirilmektedir (MTA 1999).

Erken başlangıçlı Bipolar bozukluğun en az dörtte üçüne diğer bozuklukların eşlik ettiği düşünülmektedir. Bu eş tanımlar içinde en sık görüleni Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB, %49- 87), ve sırasıyla Karşıt Olma- Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB, %75), Davranım Bozukluğu (DB, %12-41), Madde Kullanım Bozuklukları (%8-39), Anksiyete Bozuklukları (Sosyal Fobi %40, Panik Bozukluk %19-26, Yaygın Anksiyete Bozukluğu %19), Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar (%44) olarak sıralanabilir. Bu çocuk ve ergenlerde var olan eş tanımların klinik görünümü ve ortaya çıkışı gelişimsel olarak fark gösterebilir. DEHB'nin daha çok ergenlik öncesi çocuklarda saptandığı, DB ve Madde Kullanım Bozukluklarının daha çok ergenlerde görüldüğü bildirilmiştir. BB gidişi açısından DEHB tedavisinin uygun planlanması önemli olduğu söylenebilir (Kowatch ve DelBello 2006). Bu doğrultuda, BB'nin öfori ve grandiyozite ile ilişkisi ve en azından birkaç gün süren dönemlerin olduğu döngüsel bir seyir gösterdiği önemle vurgulanmaktadır. DEHB'nin ise aksine süreklilik gösteren ve öforinin temel belirti olmadığı bir bozukluk olduğu belirtilmektedir. Manide görülen amaca yönelik aşırı hareketlilik ile DEHB'de görülen amaç dışı ve organize olmayan hareketliliğin zıtlık oluşturduğu ve bu bağlamda DEHB ile BB ayrımını yapmanın geleneksel olarak erişkinler için geçerli tanı ölçütleri dikkate alındığında zor olmadığı bildirilmektedir (Leibenluft 2011).

DEHB yaşam boyu sürebilen kronik gidişli bir bozukluk olduğu için olguların başlangıçtan itibaren iyi tanınıp eşlik eden komorbid durumların saptanarak farmakolojik tedavinin yanı sıra psikososyal tedavilerden faydalanılma altın bir standart yakalamak mümkündür. Erişkin popülasyonda bozukluk psikososyal işlev kayıplarına yol açabilmektedir. İlaç tedavisi çocuklarınkine benzerdir. Ancak birinci sırada yer alan psikostimülanların daha sık ve yüksek dozda kullanımları gerekebilir.

Kaynaklar

- A 14 month randomised clinical trial of treatment strategies for attention deficit and hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD(1999) Arch. Gen. Psychiatry ;56(12):1073-86.
- Kowatch RA, DelBello MP (2006) Pediatric bipolar disorder: emerging diagnostic and treatment approaches. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am; 15 (1): 73-108
- Leibenluft E (2011) Severe mood dysregulation, irritability and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. American J Psychiatry 168:129-142.

Erişkin DEHB’de kanıta dayalı tanı araçları

Prof. Dr. Bedriye Öncü

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocukluk çağında en sık tanı konan psikiyatrik bozukluktur. Önceleri büyümeyle düzeldiği zannedilse de takip çalışmaları belirtilerin erişkin dönemde de işlevselliği bozmaya devam ettiğini göstermiştir. Psikiyatri uzmanlarının DEHB konusundaki farkındalığı ve ilgileri arttıkça ilk kez erişkin dönemde tanı konan olguların sayısı da gün geçtikçe artmaktadır. DEHB tanısı diğer psikiyatrik tablolar (örn. depresyon, şizofreni) gibi klinik olarak konur. Tanı koyduracak özgül bir ölçek veya test yoktur. Kesin tanı DEHB belirtilerini sorgulayan ayrıntılı anamnez, psikiyatrik muayene ve ayırıcı tanı sonrasında konmalıdır. Halen kullanılmakta olan ölçekler toplumda tarama yapmak, belirtileri gözden geçirerek tanı koymayı kolaylaştırmak ya da belirti şiddetini ölçmek amacıyla kullanılabilecek nitelikte ölçeklerdir. Ölçeklerin tek başına tanı amacıyla kullanılması çok olumsuz sonuçlar doğurabilir. Bu sunumda DEHB’li erişkinlerde tanı, tedavi ve araştırmalarda kullanılacak test ve ölçekler gözden geçirilecektir. Ülkemizde erişkinlerde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış DEHB ölçeklerinin sayısı oldukça kısıtlıdır. Bunlar; çocukluk çağı belirtilerini sorgulayan Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (Öncü ve ark. 2005); şimdiki belirtileri sorgulayan Mevcut Semptomlar Ölçeği (Ayçiçeği ve ark. 2003), Erişkin DEHB Ölçeği (Turgay Formu) (Günay ve ark. 2006), ve Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1) (Doğan ve ark. 2009) formudur. Ayrıca yarı yapılandırılmış bir görüşme formu olan DIVA 2.0 Yetişkinlerde DEHB İçin Tanısal Görüşme de dilimize çevirilmiş ve tanıya yardımcı olarak kullanılacak bir araçtır, ancak henüz geçerlik çalışması yapılmamıştır (Kooij ve Francken 2010).

Kaynaklar

1. Ayçiçeği A, Dinn WM, Harris CL (2003). Assessing adult attention-deficit/hyperactivity disorder: a Turkish version of the current symptoms scale. *Psychopathology*. 36(3):160-7.
2. Doğan S, Öncü B, Varol-Saraçoğlu G, Küçüköncü S (2009). Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Derg*; 10:77-87.
3. Günay Ş, Savran C, Aksoy UM, Maner F, Turgay A, Yargıç İ (2006). Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeğinin (Adult ADD/ ADHD DSM IV- Based Diagnostic Screening and Rating Scale) Dilsel Eşdeğerlilik, Geçerlik Güvenilirlik ve Norm Çalışması. *Türkiye’de Psikiyatri*, 8(2):98-107.
4. Kooij S, Francken MH (2010). DIVA Foundation Hollanda. http://www.divacenter.eu/Content/VertalingPDFs/DIVA_2_Turks_FORM.pdf. (erişim tarihi: 15 Ocak 2016).
5. Öncü B, Ölmez Ş, Şentürk V (2005). Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği Türkçe Formunun Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu’nda Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16; 252-259.

Komorbid durumlarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tedavisi

Doç. Dr. Umut Mert Aksoy

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Birimi, İstanbul

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olgularında eş tanı bir istisna değil kuraldır ve olguların 3/4'ünde bir veya daha fazla eş tanı söz konusudur. Ortalama olarak DEHB olgularında 3 eş tanı bulunur. (Biederman 1993). National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) çalışmasında ABD'de aynı durum toplum genelinde de gösterilmiştir.

3 tanısı bulunan olgularda DEHB tanısının varlığı olasılığı 8.3 kat artmıştır. Bu durum yalnız DEHB 'de eş tanının önemini değil aynı zamanda birden fazla tanısı bulunan olgularda DEHB 'nin mutlaka akla gelmesi gereken önemli bir alt zemin oluşturduğuna işaret eder. (Kessler 2007). Bu DEHB 'nin yalnız çocuk psikiyatrisinin bir konusu olması ötesinde (Aksoy 2015) karmaşık ve tedaviye dirençli olgularda DEHB 'nin mutlaka düşünülmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. En önemli eş tanılar duygudurum bozuklukları özellikle bipolar bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk ve madde kullanım bozukluklarıdır.

Duygudurum bozukluklarında DEHB %20, anksiyete bozukluklarında %17, ve bağımlılık ile ilişkili bozukluklarda %18 oranında tespit edilebilir. DEHB tanılı olgular incelendiğinde bu olguların %31'inde duygudurum bozuklukları, %51 'inde anksiyete bozuklukları ve %14'ünde madde kullanım bozukluklarının eşlik ettiği görülmektedir. Bu çift taraflı ilişki özellikle eş tanıların bulunduğu zorlu olgularda önemli yol gösterici olabilir. DEHB'li olguların %40'ında sigara bağımlılığı, %25'inde B Kümesi kişilik ile ilişkili sorunlar ve %9'unda yeme bozukluğu ve %80'ininde uyku bozuklukları eşlik etmektedir.

Amons (2006); Biederman (2005) ; Brown (2000); Elia (2008); Gau (2007); Kessler (2007); Kollins (2005); Van Ameringen(2008); Van der Heijden (2005); Van Dijk (2011, 2012); Van Veen (2010); Weiss (1985); Wilens (2004)

Olguların önemli bir kısmında bir veya daha fazla eş tanı durum söz konusu olduğundan bu bozuklukların öncelikle ele alınması uygun olur. Genellikle en önemli klinik durum öncelikle tedavi edilmelidir bu sıra alkol bozuklukları duygudurum bozuklukları özellikle bipolar bozukluk ile ilgili hecmeler ve depresyon, anksiyete bozuklukları sırasını izlemektedir. Eksen 1 de yer alan ve akut-acil durumlar öncelikle ele alınmalıdır. DEHB 'nin kronik bir süreç olduğu ve akut bir tedavi gerektirmediği unutulmamalı ve tanı için aceleci davranılmamalıdır.

DEHB' li olguların aceleci olabilecekler ve iyileşme sürecinde sabırsız davranabilecekleri unutulmamalıdır. Psikoterapötik yaklaşımlar etkin farmakoterapi sonrasında psikoëğitimi takiben uygulanmalıdır. Etkili bir DEHB tedavisi olmaksızın psikoterapinin bu olgularda zor bir süreç olacağı ve olguların önemli bir kısmının psikoterapi sürecini sonlandıramayacağı unutulmamalıdır.

Bipolar bozukluk olgularında akut hecmenin gerektirdiği tedavi sonrasında alta yatan DEHB ele alınmalıdır. Etkili bir duygudurum düzenleyici tedavi ve sürdürüm sonrasında psikostimulan tedavi düşünülmelidir. Eksen 2 B kümesi kişilik ile ilişkili psikoterapi süreci mutlaka psikostimulan tedavi başlandıktan sonra sürdürülmelidir.

Kaynaklar

1. Aksoy, U. M., Baysal, Ö. D., Aksoy, Ş. G., Tufan, A. E., & Maner, F. ATTITUDES OF PSYCHIATRISTS TOWARDS THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ATTENTION DEFICIT AND Hyperactivity DISORDER IN ADULTS: ASurvey From Turkey Nobel Medicus 2015 33 (3) 28-32
2. Amons P, Kooij J, Haffmans P, Hoffman T, Hoencamp E. Seasonality of mood disorders in adults with lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *J Affect Disord.* 2006;91(2-3):251-5.
3. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, et al. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry.* 1993;150(12):1792-8.
4. Biederman J, Ball SW, Monuteaux MC, Mick E, Spencer TJ, McCreary M, et al. New insights into the comorbidity between ADHD and major depression in adolescent and young adult females. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008;47(4):426-34.
5. Brown TE, editor. Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2000.
6. Elia J, Ambrosini P, Berettini W. ADHD characteristics: I. Concurrent co-morbidity patterns in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2008;2(1):15.
7. Gau SS, Kessler RC, Tseng WL, Wu YY, Chiu YN, Yeh CB, et al. Association between sleep problems and symptoms of attentiondeficit/hyperactivity disorder in young adults. *Sleep.* 2007;30(2):195-201.
8. Kessler RC. Comorbidity patterns in a community sample of adults with ADHD: results from the National Comorbidity Survey Replication. Paper presented at the APA 160th annual meeting, San Diego, 2007.
9. Kollins SH, McClernon F, Fuemmeler BF. Association Between Smoking and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in a Population-Based Sample of Young Adults. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(10):1142-7.
10. Kollins SH, Wilens TE, Fusillo S, Faraone SV, Upadhyaya HP. ADHD, substance use disorders, and psychostimulant treatment: current literature and treatment guidelines. *J Atten Disord.* 2008;12(2):115-25.
11. Van Ameringen M, Mancini C, Simpson W, Patterson B. Adult attention deficit hyperactivity disorder in an anxiety disorders population. *CNS Neurosci Ther.* 2011;17(4):221-6.
12. van Dijk F, Lappenschaar M, Kan C, Verkes RJ, Buitelaar JK. Lifespan attention deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder symptoms in female patients: a latent class approach. *Psychiatry Res.* 2011;190(2-3):327-34.
13. Van Dijk FE, Lappenschaar M, Kan CC, Verkes RJ, Buitelaar JK. Symptomatic overlap between attention-deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder in women: the role of temperament and character traits. *Compr Psychiatry.* 2012;53(1):39-47.
14. Van Veen MM, Kooij JJS, Boonstra AM, Gordijn M, Van Someren EJW. Disrupted circadian rhythm in adults with ADHD and chronic sleep-onset insomnia. *Biol Psychiatry.* 2010;67(11):1091-6.
15. Wilens TE. Attention-deficit/hyperactivity disorder and the substance use disorders: the nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. *Psychiatr Clin North Am.* 2004;27(2):283-301.

Bağlanma ve oksitosin

Prof. Dr. Erol Göka

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

Bağlanma davranışı, yaşam zorluklarıyla daha rahat baş etmek için uygun olarak görülen başka birine yaklaşmak ve bu kişiyle birlikteliği sürdürmek için bireyin gerçekleştirdiği davranışlar olarak tanımlanıyor. Bebeklik döneminde temelleri atılan bağlanma davranışı yaşam boyu etkisini sürdürüyor. Ancak temel dinamikleri benzer olmasına rağmen yetişkin bağlanmasının bebeklik bağlanmasından belirgin farkları da bulunuyor. Hayat boyu değişime direnç göstererek devam eden bağlanma örüntüleri, kişinin bireysel ve toplumsal hayatı, mesleki ilişkileri, stres kontrolü, fiziksel ve psikolojik sağlığı ve bilişsel gelişimi gibi birçok alanda etkili oluyor.

Bunca önemine karşın bağlanma, psikoloji ve psikopatolojinin içine ancak Bowlby'nin çalışmaları sayesinde 1958'de katılabildi. Katıldıktan sonra da, bağlanma teorisi sayesinde gelişimden psikopatolojiye, etiolojiden psikoterapiye birçok katkıda bulunuyor; gelişmeler, bundan sonra da bulunacağını gösteriyor. Psikodinamik ve biyolojik yaklaşım, sağlam bir kesişim alanına kavuşuyor.

Canlılardaki bakım verme davranışı, bazı nörokimyasal maddelerin etkisinde gelişmektedir. Bu maddelerin evrimsel olarak öncülü, vasotosindir. Vasotosin, annelik davranışını düzenliyor. Memelilerde annelik, bakım verme, çocuğu koruma ve cinsellik gibi davranışlarda etkili olan vazopressin ve oksitosin, tek bir aminoasit değişimi ile vazotosin maddesinden türemiştir.

Oksitosin arka hipofizden salınan 9 aminoasitten oluşan peptid yapılı bir hormondur. 1906 yılında Sir Hanry Dale tarafından bulunmuştur. Daha önceleri doğum eylemi sırasındaki işleviyle bilinen bu hormon, son yıllardaki çalışmalarda başta annelik davranışı ve aşk gibi yoğun duygusal ilişkiler olmak üzere bağlanmanın temelinde yer alan maddi öğeler arasında sayılıyor. Sadece bağlanmadaki muhtemel rolüyle değil, otistik bozukluklar gibi psikopatolojilerde oksitosinle ilgili sorunlar gündeme alınıyor.

Konuşmamızda, bağlanma ve oksitosin üzerine teori ve bilgiler gözden geçirildikten sonra, insan ilişkisinin ve toplumsallığının engin çeşitliliğinin (aşkın, bağımlılığın, fanatizmin vs.) anlaşılmasında oksitosin yaklaşımının indirgeyici olmayan biçimde ele alınmasının önemi vurgulanacak.

Tıbbi olarak açıklanamayan belirtili (TAB) hastalar

Prof. Dr. Ali Çayköylü

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

Bedensel belirtiler oldukça sık ortaya konulan belirtilerdir. Bunlar altta yatan bir fiziksel yada ruhsal bir hastalığın belirtileri olarak ortaya çıkabilir yahut ta tıbbi bir duruma veya hastalığa bağlanamazlar. Bunlar tıbbi olarak açıklanamadıkları zaman, daima “Somatoform Bozukluklar” tanı kategorileri içine dahil edilme eğilimindedirler (Chaturvedi SK, Desai G, 2012).

Bir belirti, bilinen fiziksel bir hastalığın klinik görünümü ile uyumlu olmadığında, ve/veya ilişkili pozitif fiziksel belirtilerin yokluğunda ve/veya fiziksel bir hastalığın tanısını desteklemeyen laboratuvar sonuçları olması durumunda genellikle TAB olarak tanımlanır.

TAB’li hastalara bakım vermek, sağlık çalışanları için oldukça kıskırtıcı, zorlayıcı bir konudur. Somatizasyon belirtilerini tanımlamak bile karmaşık ve tartışmalıdır.

TAB için bazı risk faktörleri tanımlanmış olmasına rağmen TAB’in nasıl önleneceğine dair bilinenler çok azdır. TAB’li hastanın tanımlanması ve tedavisindeki zorluklar, fiziksel ve ruhsal hastalık arasındaki interseksiyonu anlamakta ki kısıtlılıkları vurgular (Isaac ML et al., 2006).

Varolan psikiyatrik tanılar içinde de TAB’li hastaları kategorize etmek, tatminkar olmaktan uzaktır (Mayou R 1991). TAB’li hastaların sadece yarısı duygudurum ve anksiyete bozuklukları kriterlerini karşılar (Henningesen P 2003). Bu, önemli bir distrese sahip olmalarına rağmen, konvansiyonel diagnostik kategoriler içine giremeyen ve tedavi için açık bir endikasyon olmayan hastaların önemli bir kısmına işaret eder (Dimsdale JE 2007). Bu yüzden, geleneksel psikiyatrik tanılar ve onun altta yatan epistemiyolojisi, biyomedikal modeli, bu kompleks problemin anlaşılmasını ve onunla baş etmeyi engeller.

Kaynaklar

1. Chaturvedi SK, Desai G (2013) Measurement and assessment of somatic symptoms. *Int Rev Psychiatry*, 25(1):3140.
2. Isaac ML, Paauw DS (2006) Medically unexplained symptoms. *Curr Opin Psychiatry*, 19(1): 5460.
3. Mayou R (1991) Medically unexplained physical symptoms *BMJ*, 303 :7: 534- 535.
4. Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H (2003) Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosom Med*, 65(4):528-33.
5. Dimsdale JE and Dantzer R (2007) A Biological Substrate for Somatoform Disorders: Importance of Pathophysiology. *Psychosom Med*, 69(9): 850–54.

Gebelik ve emzirme döneminde psikotrop ilaç kullanımı

Prof. Dr. Çiçek Hocaoglu

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Rize

Kadınların yaşamında gebelik ve lohusalık bir hastalığın kliniği ve seyrinin yanı sıra uygulanan tedaviler ile riskleri açısından da özel önem gerektiren, kendine özgü sorunlar getirebilen dönemlerdir. Şaşırtıcı bir şekilde, anketlerde % 50 ve % 80 arası gebe kadınların reçeteli ilaçlar aldığı ve bu kadınların %35'inin, özellikle ilk trimesterde herhangi bir nedenden ötürü psikotrop ilaç kullandığı saptanmıştır (Harding ve Timko 2008). Gebelik döneminde ilaç kullanımının en büyük riski organ oluşumunun gerçekleştiği ilk üç ayda kullanılan ilaçların fetüse teratogenez ve mutasyon riski yaratmasıdır. Diğer yandan gebelik döneminde depresyon, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk gibi ruhsal bozukluklar başlayabildiği gibi; psikotrop ilaç kullanımındaki aşırı kısıtlılıklardan dolayı da mevcut ciddi psikiyatrik bozuklukların alevlenmeleri sıklıkla görülebilmektedir. Gebeliklerin büyük bir bölümünün plansız olduğu da düşünüldüğünde bu problemlerin aşılması hem gebe yönünden hem de gebeye bakım veren sağlık ekibi yönünden zorluklar içermektedir (Amon 2000, Çetin 2011). Gebelikte psikotrop ilaç kullanımı pek çok yönden tartışmalıdır. Tedaviye karar verirken ilaç tedavisinin anne ve fetusta oluşturacağı riskler, tedavi olmadığı takdirde oluşabilecek zararların iyi değerlendirilmesi gerekmektedir. Gebelik sırasında tedavi edilmeyen psikiyatrik bozuklukların oluşturabileceği riskler şöyle özetlenebilir; a) malnutrisyon, b) erken doğum girişimleri: Sanrsal bozukluğa bağlı gebeliği erken sonlandırma gibi c) Yeni doğan bebeğe zarar verici davranışlar: Emir veren iştirme varsanı ve sanrılar doğrultusunda çocuğunu öldürme veya zarar verme girişimleri gibi d) Doğum öncesi bakım ve tedavi reddi. e) Ani doğum ya da düşük riski, düşük doğum ağırlığı (Babu ve ark.2015, Ram ve Gandotra 2015). İlaç kullanımına karar verildikten sonra ise gebelikte olan fizyolojik değişimler gözönüne alınarak ilaç etkinliğini azaltan ve artıran faktörlere dikkat edilmelidir. Ayrıca psikotrop ilaçların tümü plasentadan geçtikleri için bazı riskler taşımaktadır. Pek çok ilaç (tedavi) seçeneğinin gebelikteki etkileri bilinmemekte ve bazıları teratojen olarak kabul edilmektedir. Bu yüzden gebe hastaları psikotrop ilaçlarla tedavi etme kararı etik bir çıkmazı çözmeyi gerektirir (Hocaoglu 2013). Psikotropikler-anksiyolitikler, antidepresanlar, antipsikotik ve duygudurum düzenleyiciler- gibi dört ana sınıfın uygun kullanımı ve bu kritik aşamalar sırasında anne ve çocuk üzerinde özellikle potansiyel zararlı etkileri gözden geçirilmelidir. Klasik antipsikotikler ve trisiklik antidepresanlar (klo-mipramin hariç) fetüs için görece güvenlidirler (Howland 2009). Neredeyse tüm prenatal dönemdeki antidepresan kullanımı anomali riski ile ilişkilidir. Özellikle bu risk paroksetin

ve klomipramine maruz kalanlarda daha da artmış gibi görünmektedir. Bir çok atipik antipsikotik ilacın gestasyonel diyabeti tetikleyerek fetal malformasyon oranında artış yaptıklarına ilişkin anlamlı veriler mevcuttur. Bu nedenle gebelikten önce atipik antipsikotik ilaç kullanımını sürdüren anne adaylarında gebelik başladığında mutlaka klasik antipsikotiklere geçiş yapılmalıdır (Çetin 2011). Duygudurum dengeleyicileri (lityum, karbamazepin, valproat, v.b. gibi antikonvülzanlar)'nin yüksek teratojenik riskleri olduğu eskiden beri bilinmektedir. Bununla birlikte son zamanlarda lityum için bu teratojenite riski düşürülmüştür. Buna karşılık özellikle gebelikte valproat kullanımının fetal anomaliler ve otizm-spektrum bozuklukları riski ile güçlü ilişkileri vardır. Bu nedenlerle gebelikte, özellikle klomipramin, paroksetin, valproat ve atipik antipsikotiklerin kullanımının önlenmesi tavsiye edilir. Son yıllarda özellikle epilepsili gebe kadınlarla yapılan çalışmalarda elde edilen sonuçlar lamotrijinin bipolar bozukluğu olan gebelerde kullanımının önerilebileceği yönündedir. İlk trimesterde kullanılan benzodiazepinler teratojenik olup; yenidoğanda da yüksek dozda yenidoğanda da yüksek dozda yoksunluk belirtileri, hipotoni ve ajitasyona neden olabilirler. Olabilirse tek ilaç ve bu ilacın minimum etkin dozunda kullanılması, ayrıca jinekologlarla işbirliği içerisinde daha sık kontrollere çağırılması ve gerekirse ilaç kan düzeyleri, EKG, ultrason, fetal EKG, v.b. laboratuvar yöntemlerinden de daha sık yararlanılması gerekir (Çetin 2011, Pearlstein 2013, Lupattelli ve ark. 2015). Üreme döneminde olan kadın hastaların tedavisi önemlidir ve gebelikleri mutlaka önceden planlanmalıdır. İlaç başlanan kadın hastalara aktif doğum kontrol yöntemi önerilmelidir. Risk-yarar kararı alınırken hem ruhsal bozukluğun yineleme riski ile beraberinde getirdiği morbidite hem de fetusun psikotrop ilaçlara maruz kalmasının riskleri göz önünde bulundurulmalıdır. Çünkü ani ilaç kesilmesi hastalık dönemlerinin alevlenmesine/tetiklenmesine yol açar Bunlara ek olarak lohusalıkta hastalık yineleme riski çarpıcı bir biçimde artmaktadır. Tüm psikotrop ilaçların bir ölçüde anne sütüne geçtiği oldukça iyi bilinmektedir. Bu yüzden emziren bir anneye ilaç başlanırken bu psikotrop ilaçların bebek üzerindeki etkileri göz önünde bulundurulmalıdır. Anne sütünde annenin kullandığı ilacın ölçülememesi o ilacın anne sütünde olmadığını göstermez. Annenin kullandığı ilacın anne sütü alan bebeği etkilemesi ilacın emilimine, yarılanma ömrüne, serum doruk zamanına, anne dolaşımındaki düzeyine, proteine bağlanma oranına, molekül boyutuna, plazma ve süt pH'sına, ilacın su veya yağda çözünürlüğüne, bebeğin gelişimine, yaşam süresine, anne sütü dışında aldığı besinlere göre değişmektedir. (Gülöksüz ve ark.2010) Bu sunumda psikotrop ilaçların gebelik ve emzirme dönemindeki kullanımına ilişkin literatür bilgileri gözden geçirilecek ve ayrıca bu alanda geliştirilmiş olan bazı pratik bilgiler aktarılacaktır.

Anahtar sözcükler: gebelik, lohusalık, psikotrop ilaçlar

Kaynaklar

1. Arnon J, Shechtman S, Ornoy A (2000) The use of psychiatric drugs in pregnancy and lactation. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 37:205-22.
2. Babu GN, Desai G, Chandra PS (2015) Antipsychotics in pregnancy and lactation. *Indian J Psychiatry*, 57:303-7.
3. Çetin M (2011) Gebelikte Psikotrop İlaç Kullanımı: Bir Güncelleme. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 21:161-73.
4. Gülöksüz S, Akdeniz F, Ince B ve ark. (2010) The treatment of bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. *Türk Psikiyatri Derg*, 21:155-66.
5. Harding J, Timko J (2008) The Use of Psychotropic Medications During Pregnancy and Lactation *Glob. libr. women's med.*, (ISSN: 1756-2228).
6. Howland RH (2009) Prescribing psychotropic medications during pregnancy and lactation: principles and guidelines. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 47:19-23.
7. Hocaoglu Ç (2013) Approach to treatment of bipolar disorder in special populations: pregnancy and the postpartum period. *Journal of Mood Disorders*, 3: 17-19.
8. Pearlstein T (2013) Use of psychotropic medication during pregnancy and the postpartum period. *Womens Health (Lond Engl)*, 9:605-15.
9. Ram D, Gandotra S (2015) Antidepressants, anxiolytics, and hypnotics in pregnancy and lactation *Indian J Psychiatry*, 57: 354-71.
10. Lupattelli A, Spigset O, Björnsdóttir I et al. (2015) Patterns and factors associated with low adherence to psychotropic medications during pregnancy--a cross-sectional, multinational web-based study. *Depress Anxiety*, 32:426-36.

Obsesif-kompulsif bozuklukta bilişsel davranışçı terapi

Prof. Dr. M. Hakan Türkçapar

Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Psikiyatri Kliniği, Gaziantep

Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB), adından da anlaşılabilceği obsesyon (saplantı) ve/veya kompulsiyon (zorlantı) adı verilen iki grup belirtiden oluşur. Kişide rahatsız tekrarlayan biçimde rahatsız edici düşünce, istek, hayal, duygu takıntılarının olduğu ve kişinin bunların getirdiği sıkıntıyı azaltmak için tekrar tekrar bazı hareketleri veya zihinsel işlemleri yapar. Bu rahatsızlığı olan kişilerin bazılarında bu düşünceler, istekler ve hayallerin bizzat kendisi kişi için kabul edilemez nitelikli konulardadır (örneğin rahatsız edici cinsel, saldırganlık veya dini nitelikli bir düşünce, hayal veya istek), bir kısmında ise (kapıyı açık bıraktım veya elim kirlendi gibi) asıl sorun takıntının kendisi olmaktan çok onun yol açacağı sonuçlarla ilgilidir.

İlk defa DSM-5'te, daha önce altında sınıflandığı anksiyete bozukluklarından ayrılarak ayrı bir rahatsızlık grubu olarak obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluklara dair bağımsız bir bölüm oluşturulmuştur. Bilişsel bir bileşene sahip obsesif-kompulsif bozukluk, DSM-5'de içgörü düzeyine göre, "içgörüsü iyi ya da oldukça iyi", "içgörüsü kötü" ile "içgörüsü yok/hezeyanlı inanışlar" aralığında değişmektedir (1).

Okb'de tedaviler

Obsesif kompulsif bozukluğun tedavisinde bilimsel olarak etkili olduğu gösterilmiş iki tedavi türü vardır. Bunlar bir tür antidepresan ilaç olan serotonin geri alımını önleyici ilaçlar ve bazen bunlara antipsikotik ve anksiyolitik (sıkıntı giderici) ilaçların eklenmesiyle gerçekleştirilen ilaç tedavileri ve bilişsel davranışçı tedavi adı verilen psikoterapi (konuşma-sözel etkileşim, yoluyla ruhsal rahatsızlıkların tedavisi) türüdür. Gerek ilaç tedavisiyle gerekse bilişsel davranışçı tedavi yöntemiyle yüz güldürücü sonuçlar alınmaktadır. İlaç tedavisi alan hastaların %60-70'inde yaklaşık 2-3 aylık bir süreçte belirtilerde %30'dan fazla azalma ortaya çıkar. Bu fayda ilaç kullanılmaya devam edildiği sürece devam etmektedir. Bu konuda kullanılan diğer tedavi yöntemi olan Bilişsel davranışçı terapi ile de tedavi sürecini tamamlayanlarda yaklaşık %85'e varan oranda hasta düzelebilmektedir. İlaç tedavisi, bilişsel davranışçı terapi ve kombine tedaviyi (hem ilaç hem bilişsel davranışçı terapi) karşılaştıran en güncel ve yeni çalışmada 12 haftalık tedavi sonunda tedaviyi tamamlayan hastalarda bilişsel davranışçı tedavi alan hastaların %86'sı, Kombine tedavi alanların %79'u, ilaç tedavisi alanların %48'i ve plasebo yani ilaç olmayan ilaç alanların %10'unun düzeldiği bulunmuştur (2). Bu tedavi oranları bir çok rahatsızlığa kıyasla oldukça daha iyi oranlardır. Maruz kalma ve tepkiyi önlemeye dayalı davranışçı tedavi ile tedaviyi tamamlayan hastalarda yaklaşık

%75-85 civarında düzelme oranı bildiriliyor. Ancak bu oranları değerlendirirken hastaların %25'inin davranışçı tedavi anlatıldığında baştan tedaviyi reddettiğini, başlayanlarında %20'sinin tedavi esnasında tedaviyi bıraktığı göz önüne alınmalıdır. Bu tedavi uygulaması gerek zaman gerekse personel kullanımı açısından oldukça tüketicidir. Hasta korktuğu şeye maruz bırakıldıktan sonra anksiyetesi düşene dek o durumda tutulur. Örneğin mikrop ve bulaşma konusunda korkuları olan bir hastanın elleri çöp kutusunun içine sokulup, daha sonra da anksiyetesi yatışana dek ellerini yıkamadan yanında bir terapistle beklemesi gibi. Bu anksiyetenin yatışması kimi hastada 1 saat kimindeyse 10-15 saat gibi uzunca süreleri bulabilir.

İlaç tedavisinden Bilişsel Davranışçı Tedavinin (BDT) ayrıldığı en önemli nokta, psikoterapinin bireyin aktif katılımı gerektiğinden daha zahmetli olmasıdır. Bu psikoterapi sürecinde bireyin terapistle olan görüşmelere katılmanın yanı sıra kendi başına ve yaşam ortamında bazı uygulamaları yapması gerekir. Psikoterapini ilaç tedavisinden üstünlüğü ise olumlu yanıt alınması durumunda elde edilen düzelmenin daha yüksek oranda ve kalıcı olmasıdır. Bu nedenle BDT sonrası hastalığın yinelenme oranının büyük ölçüde azalmaktadır.

BDT nin başarı şansını belirleyen en önemli etken ise hastanın bu konudaki istekliliği, yani motivasyonudur. Obsesyonlar ve kompülsiyonlar güçlü ve kalıcı belirtilerdir, güçlü tekniklerle ve karalılıkla yenilebilirler, yarım gönülle bu tekniklerin uygulanması olanaksızdır. Eğer kişi yapılandırılmış bir BDT programını düzenli biçimde ve herhangi bir taviz vermeden uygularsa birkaç hafta içinde düzelmesi olanaklıdır (3).

Okb'nin davranışçı kuramı

Davranışçı kuram obsesyonları normalde nötral olan uyarılar ve durumlara karşı öğrenilmiş bir korku ve kaçınma davranışı olarak tanımlar. Nötral olay ya da durumla korkunun bir şekilde öğrenmeyle eşlendiği (klasik koşullanma), kompülsif ritüelle de bu korkunun azaltıldığını öne sürer (edimsel koşullanma). Davranışçı tedavi kişini anksiyete yaratan uyarana maruz bırakılarak buna alışmasına dayalıdır.

Klasik davranışçı tedavinin bu kısıtlılıkları nedeniyle İngiltere'de Salkovskis OKB'nin bilişsel kavramlaştırmasını geliştirerek tedaviye bilişsel bileşenleri kattı ve böylece daha etkili bir tedavi ortaya çıktı (4).

OKB'de Bilişsel Kuram ise tehdit, kontrol ve sorumlulukla ilgili beklenti ve inançların daha önce nötral olan uyarana karşı gelişen anksiyete tepkisini biçimlendirdiğini öne sürer. Tedavi bu inançların değişmesi için bilişsel tekniklerle birlikte davranışçı öğeleri de içerir. Davranışçı öğelerin entegre edilmesinin nedeni bilişle davranış arasındaki karşılıklı ilişki nedeniyle.

Okb'de bilişsel davranışçı terapi

Bu rahatsızlığın tedavisinde gerek ilaç başta olmak üzere biyolojik yöntemler gerekse de çeşitli psikoterapi yöntemleri uygulanmaktadır. Gerek ilaç tedavileri gerekse psikoterapide gelişmelere rağmen henüz kat edilecek daha epeyce yol bulunmaktadır. OKB klasik psikanalizle elde edilen olumsuz sonuçlar nedeniyle psikoterapiye dirençli bir rahatsızlık olarak bilinirken

son yıllarda bilişsel davranışçı terapiyle elde edilen sonuçlar bu yargıyı değiştirmiştir. OKB'da klinik çalışmalarla bilişsel ve davranışçı terapilerin etkili olduğu gösterilmiştir (5).

Bu rahatsızlığın bilişsel modeline göre kişiyi rahatsız edici ona ters gelen girici (intrusive) bir düşünce döngüyü başlatır. Bu düşünce belli bir uyarı ile bağlantılı veya kendiliğinden olabilir. Önemli olan nokta bu rahatsız edici düşüncenin kişinin özelde duyarlı olduğu ve önem verdiği bir alanla ilgili olmasıdır. Örneğin moral veya dini değerlere önem veren kişinin değer sistemine aykırı olan konuda daha çok obsesyon gelişir. En sık obsesyonel düşünce konuları cinsellik, bulaşma, din, saldırganlıktır. Bu alanlarda mantık dışı ve kişiyi rahatsız eden düşünceler (kirlenme-hastalık bulaşması, birine zarar verme) aslında hemen herkeste zaman zaman ortaya çıkabilir. Toplum tarama çalışmalarında insanların neredeyse tamamına yakınında girici düşünce benzeri rahatsız edici içerikte düşünceler saptanmıştır. Bu tür düşünceler böylesine yaygın ve evrensel olmasına karşılık herkeste OKB gelişmez. Bilişsel kuram OKB'ye asıl yol açan etkenin girici düşünceyle ilgili bireyin yorumu olduğunu öne sürer. OKB'li birey bunu kontrol bozucu görür, tekrarlamasını istemez ve daha da ötesi bu düşünceden kendisini sorumlu hisseder, bu düşüncenin kendisiyle ilgili bir şey söylediğini düşünür. "X'e vurmayı istedim o halde ben bir katil olabilirim", "gördüğüm bir kadınla yatmayı hayal ettim demek ki ben bir tecavüzcüyüm". Düşünce ve eylem arasındaki sınır kaybolmuştur. Bu türden girici düşüncelere onlardaki özel bir eğilimin neden olduğunu düşünürler ve rahatsız olarak önlem almaya çalışırlar. Bu tehlikeli buldukları türden düşünceleri aşırı kontrol çabası içine girerler. Bu da ters teperek bu düşüncelerin daha yoğun akla gelmesine yol açar: bir şeyi unutmamanın en iyi yolu onu unutmaya çalışmaktır. Diğer yandan bunlar daha fazla akıllarına geldikçe düşünceyi etkisizleştirmek, bozmak için ya karşıt düşünceler geliştirirler: 10 kere dua etmek ya da herhangi bir zarar verip vermediklerine ilişkin kontrol davranışlarında bulunmak gibi. OKB si olanda bütün bu kontrol çabasının sonucu bu tür düşüncelerin daha çok akla gelmesi olur (6).

OKB'nin bilişsel modeline göre belli bir iç veya dış uyaran durumunda girici düşünce zihnine gelen birey bu düşüncenin tehlikeli olduğu kendisiyle ilgili kişisel bir anlam ifade ettiği ya da bu düşünce ya da isteği gerçekleştireceği değerlendirmesini yapar bu durum kişi açısından tehlikeli olarak değerlendirilmesinin yanı sıra bundan dolayı sorumlu olacağı tehlikeyi azaltma ya da ortadan kaldırma sorumluluğunun kendisinde olduğu değerlendirmesi bunu izler, bu sorumluluğun getirdiği sıkıntıyla birlikte önleyici olarak kabul edilen kompulsif eylem gerçekleştirilir. Kompulsif eylem davranış şeklinde açık veya düşünce tekrarı şeklinde örtük olabilir. Bunun ardından bir rahatlama gelir.

Bilişsel davranış terapisinin uygulanması

Bilişsel terapide ilk adım hastalığın bilişsel modelinin hastaya öğretilmesidir. Panik bozukluk, hipokondriasisde olduğu gibi OKB'de iki varsayım modeline göre açıklanır (7). İki varsayım modeline göre hastaya obsesyonel düşünceyle ilgili şu iki varsayım sunulur:

Bu düşüncenin anlamı tehlike var, kötü şeyler olabilir.

Bu düşünce obsesyon herhangi bir anlamı yok

Hangi hipotezin gerçeği daha iyi açıkladığını birlikte bulmaya çalışmak tedavinin bilişsel bileşeninin diğer adımıdır. Gerçeklik incelenerek hangi varsayım doğrulanıyor, tehlike varsayımı mı yoksa obsesyon varsayımı mı birlikte saptanmaya çalışılacaktır.

Öncelikli hedef modeldeki ilk bilişsel bileşen olan tehlike değerlendirmesinin azaltılmasıdır. Burada obsesif hastaların “bir eylemle ilgili düşünmek onu yapmak gibidir”, “kendine ya da başkasına gelebilecek bir zararı önleyememek (ya da önlemeye çalışmamak) o zarara neden olmak demektir”, “Sorumluluk bir olayın olasılığının az olmasıyla azalmaz”, “Bir düşüncüyü önlemeye çalışmamak o düşüncenin konusu gerçekleştiğinde ortaya çıkacak zararlı durumu aramak ve istemekle aynı anlamlıdır”, “Kişi düşüncelerini kontrol edebilmelidir –etmelidir” gibi inançları ele alınır. Bu amaçla öncelikle obsesyonel sorunlarda görülen girici düşüncelerin normal olduğu hastaya aktarılır. “bu tür düşünceler hemen her insanda görülür. Böyle düşüncelerin aklı gelmesi normaldir.” Peki bu düşünceler diğer insanlara göre bana niye sık geliyor sorusu düşüncüyü baskılamamanın etkisi gösterilerek verilir (8).

Hastaya düşüncüyle eylemin, düşüncüyle bir şeyin meydana gelmesinin aynı şeyler olmadığı gösterilir. Olumlu bir şeyle ilgili bir düşünce aklına geldiği ama olmadığı olmuş mudur: Büyük ikramiye bana çıkacak; bir şeyi çok istediği ama olmadığı olmuş mudur? 100 milyarım olsa diye istese ne olur. Olmazsa niye olmaz? Olumlu düşünce olmuyorsa aynı şekilde obsesyonel düşünce niye olsun?

Tedavinin bilişsel ağırlıklı ilk aşaması tamamlandıktan sonra hastaya rasyoneli model üzerinden açıklanarak yüzleştirme ve tepkiyi önleme şeklindeki davranışçı yöntemlere geçilir. Bilişsel yöntemler hem hastanın davranışçı tedaviyi kabullenmesine yardımcı olur hem de bu tedaviyi uygularken hızı artırır. Davranışçı tedavide maruz kalmanın uygulama biçimi hastadan hastaya değişen biçimde hastanın özelliklerine göre değerlendirilmelidir. Kimi hastalarda yüzleştirme ardından kompülsiyonun tamamıyla kesilmesi kimi hastada da aşamalı biçimde kompülsiyonun geciktirilmesi uygulanabilir. Hastane ortamı kompülsiyonun tamamıyla kesilmesi için daha uygundur.

Kaynaklar

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5 by American Psychiatric Association
2. Foa EB, Liebowitz MR, Kozak, MJ, et al. Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2005;162;151-161
3. Edna B. Foa, Michael J. Kozak (2004) *Mastery of Obsessive-Compulsive Disorder: A Cognitive-Behavioral Approach Therapist Guide (Treatments That Work)* 1st Edition
4. Salkovskis PM. Cognitive-behavioural approaches to understanding obsessional problems In: Rapee R, ed. *Current controversies in the anxiety disorders*. New York: Guilford Press, 1996: 103-33
5. James IA, Blackburn IM. Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 1995;166:444-50
6. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioral analysis. *Behav Res Ther*. 1985;23:571-583.
7. Fiona Challacombe, Paoul Salkovskis (2011) *Break Free from OCD: Overcoming Obsessive Compulsive Disorder with CBT*
- 8 David A. Clark (2006) *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD* Guilford Press

Panik bozukluğunun bilişsel davranışçı tedavisi

Doç. Dr. Kadir Özdel

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

Panik bozukluğu kliniğinin temelini beklenmeyen panik atakları ve beklenti anksiyetesi oluşturur (Amerikan Psikiyatri Birliği 2013). Panik atağı, panik bozukluğu dışında birçok ruhsal bozuklukta ortaya çıkabilen iyi tanımlanmış emosyonel, bilişsel ve fizyolojik tepkileri içeren akut bir anksiyete atağıdır (Clark 1986). Beklenti anksiyetesi ise atakların sonuçlarıyla ilgili bilişsel bileşenleri de içeren bedensel ve zihinsel bir hazırlık durumunu ifade eder (Oakley ve Padesky 1989).

Güncel bilişsel davranışçı kuramlara göre panik atakları, çoğu bizatihi anksiyeteyle ilişkili olan masum bedensel belirtilerle ilgili katastrofik inançlarla birliktedir (Salkovskis 1991). Bu katastrofi bireyin kendinde algıladığı uyarılara karşı gelişmiş bir tür korku koşullanmasıyla birliktedir. Bireyin panik ataklarıyla baş etmede kullandığı stratejiler genellikle güvenlik sağlama davranışı olarak tanımlanır. Ancak bu davranışlar bedensel duyumlarla ilgili katastrofik bilişlerin sıranmasının önünde önemli engeller oluştururlar (Akkoyunlu ve Türkçapar 2013).

Panik bozukluğunun bilişsel davranışçı tedavisinde iyi bir değerlendirme ve ayırıcı tanı sürecin ilk ve en önemli basamağını teşkil eder. Sonraki aşamalarda kişinin rahatsızlığının kesitsel ve uzunlamasına formülasyonu yapılır. Yapılan kesitsel formülasyonla birlikte anksiyete, panik ve fizyolojik belirtilerle ilgili bir psiko-eğitim oturumu yapılır. Bozuklukla ilgili yapılan bilgilendirme ve katastrofik inançlara yönelik gerçekleştirilen bilişsel yeniden yapılandırma tedavinin bilişsel komponentini oluşturur. Sonraki aşamada ise ilgili beden duyumlarıyla yüzleştirme gerçekleştirilecektir. Bu yüzleştirme çalışması öncelikle terapistin yanında sonrasında ise hasta tarafından bağımsız olarak gerçekleştirilir.

Panik bozukluğun bilişsel tedavisinde etkinliği kanıtlanmış güncel protokoller olsa da her hastanın terapi sürecinin bireye özgü olduğunu unutmamak gerekir.

Kaynakça

1. Akkoyunlu S, Türkçapar MH (2013) Bir Teknik: Yüzleştirme Tedavisi. JCBPR, 2: 121-128
2. American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5*). American Psychiatric Publication.
3. Clark DM (1986) A cognitive approach to panic. Behaviour research and therapy, 24:461-470.
4. Oakley ME, Padesky CA (1989) Cognitive therapy for anxiety disorders. Progress in behavior modification, 25:11-46.
5. Öst LG (1996) One-session group treatment of spider phobia. Behav Res Ther, 34:707-715.
6. Salkovskis P M (1991) The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. Behavioural Psychotherapy, 19: 6-19.

Şizofrenide bilişsel davranışçı tedaviler

Prof. Dr. Mustafa Yıldız

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli

Genel olarak bilişsel tedavi işlevsel olmayan düşünce ve inançları değiştirmeyi amaçlar. Çökkünlük ve bunalı tedavisinde sıklıkla kullanılmakla birlikte psikotik bozukluklarda da özellikle davranışçı stratejilerle birlikte etkili olabilmektedir (1,2). Sanrı ve varsanılarla ilişkili çarpık düşünce yapılarını değiştirme yanı sıra inatçı ya da kalıcı nitelik kazanmış olan belirtilerle baş etme taktiklerinin geliştirilmesi de önemli hedeflerdendir. Standart bilişsel davranışçı tedavi (BDT) yaklaşımları şizofrenili hastalarla çalışırken biçim ve içerik açısından yeniden düzenlenebilir. Hasta ile tedavi işbirliğini geliştirmek, hastanın bilişsel kusurlarıyla başa çıkmak, karmaşık psikotik belirtilerin engellerini aşmak ve hastanın psikotik yaşantılarla ilgili öznel algılarını çalışmak ruhsal tedavici için esneklik ve strateji değiştirme becerilerini gereksinen bir yetkinlik ister.

Şizofrenide BDT hasta ile uyumlu bir tedavi işbirliğini kurmayla başlar. Bu aşama en önemli aşamadır, çünkü psikoza olan bir bireyi tedavi sürecinin içine almak kuşkuculuk, hastalığı kabullenmeme, kızgınlık, öfke ve tedaviye inanmama gibi nedenlerle her zaman kolay olmayabilir. Tedavi işbirliğinin kurulması ve tedavi hedeflerinin belirlenmesi beş altı oturum ya da daha uzun bir zaman alabilir. Varsanılar, sanrılar ve bunalı gibi hastayı rahatsız eden belirtiler saptandıktan sonra onların hasta için anlamı ve kişisel yaşamıyla bağlantısı üzerinde durulur. Psikotik yaşantının normal boyutları ele alınarak hastanın onu zihinsel faaliyetlerinin bir parçası olarak kabullenmesi sağlanır. Stresli durumlarla ilişkisi araştırılır. Sonra onlarla nasıl başa çıkılacağı konusuna geçilir. Belirtiler ortaya çıkmadan önceki durumlar, belirtilerin şiddeti, belirtilerin sürmesine neden olan etkenler ve belirtilerin birey için anlamı hasta ile birlikte ortaya konur. Belirti üzerinde etkili olan etmenler değerlendirilir ve hastanın bunları algılama biçiminde yeni düzenlemelere gidilir. Etkili başa çıkma taktığının geliştirilmesi için deneme yanılma yöntemi kullanılır. Uygun başa çıkma taktığının geliştirilmesiyle belirtilerin rahatsız edici şiddetinin azalması ve böylece hastanın belirtiler, ilişkili durumlar ve sonuçları üzerinde denetim gücüne sahip olması beklenir. Başlangıçta içgörü düzeyi ne olursa olsun hastanın bireysel sığasına göre psikotik yaşantısını anlaması ve onu düşünsel olarak yeniden biçimlemesi sağlanır. Psikotik yaşantılarla ilgili olarak, eğer varsa, suçlanma giderilir. Sanrı ve varsanıların sürmesine neden olan işlevsel olmayan ya hep ya hiç tarzı düşünme, seçici algılama, kişiselleştirme ve keyfi çıkarsama gibi düşünce kalıpları ele alınır. Sanrısız düşünceye farklı bakış seçenekleri geliştirilir. Düşünceyi değiştirmek her

zaman mümkün olmayabilir, ancak yine de şiddetini azaltmak ve sonuçlarının hasta ve çevresi üzerindeki olumsuz etkilerini gidermek mümkün olabilir.

İnatçı belirtilerin tedavisinde “baş etmeyi güçlendirme” tekniklerini (3) uygulamak için BDT şu şekilde yapılandırılabilir: 1) tedavi rasyonelinin açıklanması, 2) her bir psikotik belirtinin yapılandırılmış bir görüşmeyle ortaya konması, 3) belirtinin sıklığının, süresinin, öncüllerinin (çevresel belirleyiciler) ve sonuçlarının saptanması için davranış analizinin yapılması, 4) belirtiyeye olan inancın, onunla aşırı zihinsel uğraşın ve belirtinin diğer doğurgularının derecesinin belirlenmesi, 5) hasta tarafından daha önce uygulanmış olan baş etme yönteminin (örneğin, işitsel varsanı durumunda müzik dinleme gibi) belirlenmesi ve değerlendirilmesi, 6) hedef belirtinin ve uygun baş etme yönteminin belirlenmesi, 7) belirlenen yöntemin oturum esnasında denenmesi, 8) ev ödevi verilmesi ve 9) belirtiyeye olan inancın, onunla aşırı uğraşın ve belirtinin diğer doğurgularının yeniden değerlendirilmesi.

Şizofrenide kişinin kendini olumsuz değerlendirmesi ve benlik saygısı düşüklüğü sık görülür ve bu durum da psikotik belirtilerin sürmesinde etkili olabilir. Psikotik belirtiler çalışılırken aynı zamanda olumsuz değerlendirmeler, bunalı ve çökkünlük de çalışılmalıdır. Son aşamada hastaların ilişki sorunları ve toplumsal becerileri ele alınarak hastalığın alevlenme ve yineleme risklerini azaltma taktikleri üzerinde durulur.

Kaynaklar

1. Kingdon DG, Turkington D. Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia. Hove, UK: Erlbaum; 1994.
2. Chadwick PDJ, Birchwood MJ, Trower P. Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia. Chichester: Wiley; 1996.
3. Tarrier N, Harwood S, Yusopoff L, Beckett R, Baker A: Coping strategy enhancement (CSE): a method of treating residual schizophrenic symptoms. Behavioral Psychotherapy 1990; 18:283-293.

Yeme bozukluklarının tedavi seçenekleri ve komplikasyonları

Doç. Dr. Ayşe Fulya Maner

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 4. Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Yeme bozukluklarında multimodal, multidisipliner değerlendirme gereklidir. Öncelikle komplikasyonların yönetimi ve hastaneye yatış ihtiyacı değerlendirilmelidir. Yeme bozukluğunda psikopatolojinin bir kısmı biyolojik açlığın sonucudur. Yeme bozukluklarında tıbbi idare, bireysel, bilişsel davranışçı ve aile tedavisiyle yapılmaya çalışılan çok yönlü tedavi uygulanmalıdır. Tedavide ilk basamak hastanın tedavi programıyla işbirliği yapmasının sağlanmasıdır. Tedavinin yararlarını vurgulama, tedavinin uykusuzluk, depresif belirtilerde hafifleme, başka konulara yoğunlaşma yeteneğini olumsuz etkileyen yemek ve beden ağırlığına ilişkin obsesif düşüncelerinde azalma, fiziksel iyilik halinde olma, enerjide artış, akran ilişkilerinde gelişme sağladığına ilişkin hastanın güveni tazelenmelidir. Bilişsel davranışçı tedaviyle yeme bozukluklarıyla ilişkili davranışları ve inanışları belirlenir, enerji dengesi konusunda bilgilendirilir, yeme bozukluklarının gelişmesi ve devam etmesine yakınlık sağlayan olaylar ve deneyimleri belirlenir, değişme için motivasyon geliştirilir. Erişkin anoreksiya nervozada bilişsel davranışçı tedaviler, kişilerarası terapi, bilişsel analitik tedavi, psikodinamik terapi gibi çeşitli psikolojik tedaviler; ergen ve çocuk olanlarda ise doğrudan aile tedavileri önerilmektedir (NICE). Rasgele kontrollü çalışmalarda bu tedavilerin etkinliğine ilişkin değişik sonuçlar görülmüştür. Örneğin bilişsel davranışçı tedaviler beslenme rehberliğine göre daha iyi sonuçlar vermiş, nüks süresini uzattığı gösterilmiş, ancak hızlı kilo kaybetmiş hastalara uygulanamamıştır. Hastalığın akut döneminde destekleyici tedavilerin bilişsel davranışçı tedaviler ve kişilerarası terapilerden daha etkili olduğu saptanmıştır. Bulimiya nervoza tedavisinde ilk basamağın rehberli öz-yardım olduğu kabul etmektedir (NICE). Bulimiya nervoza için uyarlanmış bilişsel davranışçı tedaviler ve kişilerarası terapiler etkin olarak uygulanmaktadır. Tıkınırcasına yeme bozukluğunda bilişsel davranışçı tedaviler ve diyalektik davranışçı tedavi etkilidir. Anoreksiya nervozada ilaç tedavisi eşlik eden anksiyete, depresyon, obsesif kompulsif bozukluk varlığında yada beslenme rehabilitasyon programlarını güçlendirmek için önerilmektedir. Atipik antipsikotikler obsesyonel belirtilerin azaltılmasında, kilo alma hızının artmasındaki bazı faydaları nedeniyle sıklıkla kullanılmaktadırlar. Antidepresanlar özellikle SSGİ bulimiya nervoza tedavisinde ilk seçenek olarak yer almaktadır.

Komplikasyon olarak açlığın ve kusmanın tüm etkileri gözlenebilir. Elektrolit dengesizliği özellikle hipokalemi kardiak aritmiye yol açarak, hiponatremi tedavi edilirken sodyum düzeylerinin çok hızlı düzeltilmesi, ağır hipofosfatemi, kardiyovasküler komplikasyonlardan malign ventriküler aritmiler, ağır hipoglisemi ölümcül olabilir.

Siz olsanız ne yapardınız bipolar bozukluk mu DEHB mi?

Uzm. Dr. Aslı Enez Darçın

T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Bipolar bozukluk ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu benzer klinik belirtilere sahip iki ayrı klinik tanıdır. Her iki bozukluk da impulsivite, klinik aktivite artışı, duygudurum reaktivitesi ile karakterizedir.

Klinik görünümdeki bu benzerlik çoğu zaman yanlış klinik tanıları, tedavinin gecikmesine ya da uygunsuz tedaviler gibi olumsuz sonuçlara yol açabilir. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan vakaların klinik değerlendirmesinde çoğunlukla gecikmeler olmaktadır. Bu iki bozukluğun bir arada bulunması tanısal karışıklığı daha da artırmakta ve yanlış tanı olasılıklarını artırmaktadır.

Toplum örneklemi pediatrik dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu hastalarının %60'ında bir affektif bozukluk olduğunu gösterirken, bipolar bozukluğu olan vakalarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu eştanı oranı %10'lar civarındadır (Dilsaver SC et al, 2003; Nierenberg AA et al., 2005).

Bu olgu sunumunda erken başlangıçlı duygudurum atakları yaşayan ve madde kullanım bozukluğu eş tanısı olan bir erkek hastanın, kontrol altına alınması güç duygudurum ataklarının dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu eştanısı açısından incelenmesi ve tedavi seçeneklerinin tartışılması planlanmıştır.

Transkraniyal manyetik uyarım tedavisi

Doç. Dr. Gökben Hızlı Sayar

Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Transkraniyal manyetik uyarım (TMU) beyindeki nöronları uyaran invazif olmayan bir yöntemdir. Hızla değişen manyetik alanlar yoluyla (elektromanyetik indüksiyon), dokularda indüklenen zayıf elektrik akımları uyarıma yol açar. Bu şekilde, ameliyata veya dışarıdan elektrotların yerleştirilmesine ihtiyaç olmaksızın, beyin aktivitesi tetiklenir veya düzenlenebilir. (Ruohonen et al. 2002). Manyetik uyarımın bu şekilde tekrarlayan seanslar halinde yapılmasına ise “tekrarlanan transkraniyal manyetik uyarım” (rTMU) adı verilir. TMU yöntemi nörolojide tanı ve araştırma açısından güçlü bir araçtır. rTMU ise başta tedaviye dirençli depresyon olmak üzere bir dizi bozukluğun invazif olmayan tedavisinde umut vaat etmektedir.

Beynin dil, hafıza, görme veya dikkat gibi farklı fonksiyonları nasıl organize ettiğini incelemek için rTMU yönteminden yararlanılabilir. Ayrıca, rTMU, görünüme göre kendi uygulama süresinin ötesinde bile, beyindeki bir bölgenin aktivitesini değiştirebilecek güçtedir. Bir başka deyişle, bir kaç gün peş peşe rTMU uygulandığında, belli bir beyin bölgesinin dakika, saat, gün veya hafta gibi bir zaman periyodu boyunca, daha fazla veya daha az çalışmasını sağlamak mümkündür. Bu durum, nörolojik ve psikiyatrik bazı hastalıkların tedavisinde rTMU’dan istifade etme imkânı tanımlar. Bununla birlikte, rTMU’nun bu tedavisel potansiyeli halen incelenmektedir.

TMU uygulaması için uygun hasta seçerken bazı temel ölçütler vardır. Bu kriterler arasında hastalığın ilk atak mı yoksa relaps mı, unipolar mı bipolar mı olduğu, tedaviye dirençli olup olmadığı, idame mi yoksa akut terapi mi olduğu gibi bazı maddeler bulunur (Slotema et al. 2010).

TMU günümüzde tedaviye dirençli depresyonun tedavisinde endikedir ve FDA onayını 2008 yılında tedaviye dirençli depresyon tedavisi için almıştır. Erken dönem, ilk epizot ve daha önce ilaç tedavisi almamış hastalarda yapılmış kontrollü çalışma bulunmamaktadır. Yapılmış çalışmaların hemen hemen tamamı tedaviye direnç gösteren zor hasta grubunda yürütülmüştür. Bu nedenle araştırmaların sonuçları dikkatle ele alınmalı, bu çerçevede yorumlanmalıdır. TMU zaman alan, hastanın birbirini takip eden günlerde klinikte bulunup belli bir tedavi programına uymasını gerektiren ve antidepresan tedaviye göre daha pahalı olan bir prosedürdür. Bu nedenle ilk seçenek tedavi olarak düşünülmesi ihtimali azdır ancak günümüzde ilaç tedavisi almak istemeyen ve bu nedenle tedavisiz kalan depresyon

hastalarının sayısı giderek artmaktadır. Bu hastaların bir kısmı için TMU uygun bir tedavi seçeneği olabilir.

Klinik pratikte tTMU kullanımı ile ilgili temel güvenlik konuları manyetizma, ısınma, voltajlar, implantlara olası manyetik etkiler olarak sıralanabilir (Rossi et al, 2009). Başka beyin uyarım yöntemleriyle karşılaştırıldığında, noninvazif olduğu için tTMU'nun görece olarak güvenli olduğu düşünülebilir. Her ne kadar transkraniyal manyetik uyarım noninvazif olsa da, hâlâ istenmeyen yan etki riski taşımaktadır. Bunlardan en önemlisi transkraniyal manyetik uyarımının nöbete yol açma ihtimalidir. Bu risk yüzünden prosedürün yalnızca acil tıbbi müdahalenin mümkün olduğu ortamlarda yapılmasını ve uygulamanın ilk elden bu müdahaleyi gerçekleştirebilecek, eğitimli kişiler tarafından tatbik edilmesini tavsiye etmektedir. Başlıca diğer sorunlar; uygulama esnasında lokal ağrı, elektrik akımının geçişiyle bobinin oluşturduğu gürültüye bağlı olarak işitsel performans değişiklikleri, senkoplar, akut psikiyatrik değişiklikler ve diğer bazı biyolojik etkilerdir (Fitzgerald et al. 2013).

Tedavi sorumluluğu sadece yapılan tedavilerle ilgili değildir, yapılması seçenек olarak var olan potansiyel tedavileri de kapsar. Diğer taraftan tTMU protokolünün belirlenmesi ve güvenlik koşullarının göz önüne alınması hekimin dikkat edeceği önemli hususlardır.

Kaynaklar

1. Fitzgerald PB, Daskalakis ZJ (2013). Repetitive transcranial magnetic stimulation treatment for depressive disorders. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
2. Rossi S, Hallett M, Rossini PM, et al. (2009). Safety, ethical considerations, and application guidelines for the use of transcranial magnetic stimulation in clinical practice and research. *Clinical Neurophysiology*;120:2008–39.
3. Ruohonen J, Ilmoniemi RJ (2002). Physical principles for transcranial magnetic stimulation. In: Pascual-Leone A, Davey NJ, Rothwell J, Wassermann EM, Puri BK, editors. *Handbook of transcranial magnetic stimulation*. New York: Oxford University Press.
4. Slotema CW, Blom JD, Hoek HW, et al. (2010). Should we expand the toolbox of psychiatric treatment methods to include repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS)? A metaanalysis of the efficacy of rTMS in psychiatric disorders. *J Clin Psychiatry*; 71:873–84.

Dil ve psikiyatri

Prof. Dr. Atila Erol

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Sakarya

Canlılar içinde dil yetisi olan, konuşarak ifade edebilen tek tür insandır. Dünyada altıncı binin üstünde lisan olduğu tahmin edilmektedir ve en ilkelinden en gelişmişine kadar bütün insan topluluklarında lisan kullanılmaktadır. Darwin insanın lisan kullanma yeteneğinin biyolojik yanı olabileceğine işaret etmiştir. İnsanın kültürel, toplumsal varlık ve birey olarak inşasında dile büyük önem atfedilmektedir ki; uygarlığın ortaya çıkışı ve insanlık birikiminin paylaşılması ve aktarılması dil kullanımıyla mümkün olmuştur. Noam Chomsky “lisan olmasaydı zeki canlılardan biri olarak ormanda dolaşıyor olurduk” demiştir.

Psikiyatrik muayenede, mental ve bilinç durumu tespitinde büyük oranda dilden faydalanılmaktadır. Freud psikoanaliz kuramında ‘serbest çağrışım’ yöntemiyle sadece bilincin değil bilinçdışının da keşfedilebileceğini ileri sürmüştür. Lacan dilin önemine farklı bir vurgu yaparak bilinçdışının yapılanmasının dil gibi olduğunu iddia etmiştir. Skinner konuşma ve dil kullanma yeteneğini “sözel davranış” olarak kavramlaştırıp davranışçı yaklaşım çerçevesinde değerlendirmiştir. Chomsky dil yetisinin doğuştan biyolojik olarak verili olduğunu ileri sürmektedir; dil yetisine zemin hazırlayan evrensel gramer bilgisinin beyinde doğuştan var olduğunu iddia etmiştir. Piaget dil yeteneği gelişimi ile zihin gelişimi arasındaki çizgisel olmayan ilişkiye dikkat çekmiştir. Psikopatolojilerin gelişiminde biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerin rolü olduğu bilinmektedir ve dil, insan davranışının biyolojik, psikolojik ve sosyal yönünün birleştiği yerde yer almaktadır (Thomas ve Fraser 1994).

Psikolinguistik alanı insan aklı-beyni dili nasıl kullanır sorusunu araştırır. Dil öğrenimi, üretimi ve işlemlerini inceler; tek bir dil teorisine bağlı değildir. Dil faaliyetini reaksiyon zamanı gibi değişkenlerle beyin görüntüleme teknikleriyle inceler. Kognitif linguistik ise lisan bize zihin-akıl hakkında ne söyler sorusunu dil yapıları ve sembolleri inceleyerek araştırır. Dil üretim örnekleri ve gramatik yapıları inceler.

Chomsky üretici gramer kuramıyla çok etkili olmuştur ve o dönem öncesinde baskın olan davranışçı bakış açısını değiştirmiştir. Evrensel gramer, ‘üretici gramer’ teorisindeki eksiklere işaret eden karşı görüşler ‘üretici semantik’ yaklaşımıyla lisan izah edilmeye çalışılmıştır. Lakoff ve Jhonson metafor ve dil ilişkisine zihni açıklayan ve kavramsal metafor yaklaşımını geliştirmişlerdir. Metafor basitçe bir kelime veya liguistik ifadeler sorunu değil, daha çok kavramlar düzeyinde, bir şeyi başka bir şeye göre düşünme sorunudur. Edebiyatta anlatımı zenginleştirmek, güzelleştirmek için kullanılan süs veya renk değil düşünme ve zihnin vazgeçilmez bir ögesi olduğu öne sürülmüştür.

Psikiyatrik hastaların dil kullanım özellikleri her zaman ilgi çekmiştir; teşhis grupları içinde dil kullanma şekli en çok ilgi çeken, çalışılan ve teori üretilen grup şizofrenidir. Şizofreniye özgü olduğu iddia edilen dil kullanım özellikleri ve bu özelliklerin teşhise özgü olup olmadığı konusundaki tartışmalar literatürde geniş yer tutmaktadır. Şizofrenide görülen konuşma bozukluklarını dil bozukluğu olarak ele alan Crow (1997) psikozu evrim süreci ile ilişkilendiren bir kuram geliştirmiştir. Bu kuramda, insanın dil kullanan tek hominid olduğunu, şizofreni sürecinde beyinde asimetri kaybının dil fonksiyonundaki bozulmaya işaret ettiğini ve Crow'a göre psikoz, insanın dil yetisi için ödediği bir bedeldir. Bu tespitler Dil-Beyin-Zihin ilişkisinin psikiyatri için ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

Şizofrenide bozulmuş iletişim en temel özelliklerindendir. Anlam üretme zorluğu vardır. İç ve dış dünyaya ait muazzam karmaşık ve irtibatlı bilgiler beynimizde temsil edilmektedir ve bu bilgiler beynimizde yaygın bir şekilde bulunan sinir şebekelerinde depolanmıştır. Bu bilgi deposundaki bilgiler sürekli değişmekte ve güncellenmektedir. Sağlıklı kimseler bu büyük bilgi deposundaki bilgiyi sıralayarak, dizerek, damıtarak görüşme sırasında anlamlı konuşmaya dönüştürmektedir. Bazı şizofren hastalar bunu yapamamaktadırlar. Semantik hafızada bozulma ve buradan bilginin faal hafızaya gelmesinde bozulma olduğu için düşünce bozukluğu ortaya çıkmaktadır.

Psikolinguistik ve kognitif linguistik alanlarındaki gelişmelerin psikopatolojilerle ilişkileri ele alınmıştır.

Kaynaklar

1. Andreasen NC (1982) Should the term "Thought Disorder" be revised? *Comprehensive Psychiatry*, 23: 291-299.
2. Andreasen NC (1986) Scale for the assessment of thought, language and communication (TLC) *Schizophrenia Bulletin*, 3:473-481.
3. Andreasen NC, Arndt S, Alliger R ve ark. (1995) Symptoms of schizophrenia: methods, meanings and mechanisms. *Arch Gen Psychiatry*, 52:341-351.
4. Crow TJ (1997) A Darwinian approach to the origins of psychosis. *Br J Psychiatry*, 167:12-25.
5. Critchley EMR (1994) Linguistics in a neuropsychiatric frame: A look at the dialogue of the brain and mind. *Br J Psychiatry*, 165:573-576.
6. Chaika E (1982) Thought disorder or speech disorder disorder in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 8:588-591.
7. Noam Chomsky, Dil ve Zihin, çev: Ahmet Kocaman, Ankara: Bilgesu, 2014,
8. Ditman T, Goff D, Kuperberg GR Slow and steady: sustained effects of lexico-semantic associations can mediate referential impairments in schizophrenia. *Cogn Affect Behav Neurosci*. 2011 Jun;11(2):245-58
9. Erol A. Şizofrenide Dil. Şizofreni Dizisi 1998;2:54-63
10. Kuperberg GR. Language in schizophrenia Part 1: an Introduction. *Lang Linguist Compass*. 2010 Aug;4(8):576-589.
11. Kuperberg GR. Language in schizophrenia Part 2: What can psycholinguistics bring to the study of schizophrenia...and vice versa? *Lang Linguist Compass*. 2010 Aug 1;4(8):590-604.
12. Lakoff, George and Johnson, Mark. 1980. *Metaphors We Live By*. Chicago: University of Chicago Press.
13. Spitzer M, Braun U, Maier S, Hermle L, Maher BA. 1993 ; Indirect semantic priming in schizophrenic patients. *Schizophr Res*. 11: 71 – 80.

TRSM uygulamalarında yapılandırılmış psikoeğitim çalışmaları: sağlıklı yaşam rehberi psikoeğitim programı

Prof. Dr. Sibel Örsel

Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Zonguldak

Şizofrenide güncel tedavi yaklaşımlarında antipsikotik ilaçların yanısıra bireysel terapi, grup terapileri, rehabilitasyon ve esenlik yaklaşımlarının yer aldığı psikososyal tedaviler önerilir. Bu yaklaşımlarda iş danışmanlığı, problem çözümü becerileri, sosyal beceri geliştirme, kişisel bakımı arttırma, yaşam kalitesini iyileştirme, hastalığa yönelik içgörü geliştirme alanları yer almaktadır.

Şizofreni olan birey ve yakınlarına yönelik geliştirilen psikoeğitim programlarında, alevlenme-nükslerin önlenmesi, daha iyi toplumsal ve mesleki işlevsellik sağlanması, bağımsız işlev görebilmeleri, iyi bir hastalık-tedavi yönetimi ve yaşam kalitesinin artırılması amaçlanır. Son geliştirilen programlarda eğitime aktif katılımı artırma, aile-akran katılımı, görsel-işitsel materyallerin kullanımı ile eğitim sürecinin aktif olması ve davranış düzeyinde değişimin sağlanması hedeflenmektedir. Genel iyilik halini veya esenlik (wellness) sağlama uygulamalarının bu eğitim programlarına eklenmesi oldukça yenidir. Kronik ruhsal hastalığı olan kişiler için sigara bırakma, kilo verme, fiziksel aktivite, beslenme, cinsel yaşam alanlarında genel iyilik halini sağlamaya yönelik müdahaleleri içeren davranışsal değişim programlarında kişinin yaşam akışını ve sağlık kontrolünü sağlamada kontrolü ele alması ve süreci yönetmesi hedeflenmektedir.

Sağlıklı Yaşam Rehberi Psikoeğitim Programı (Care4today® Ruh Sağlığı Çözümleri)'nda psikoz ve şizofreni hastalığı olan kişilere yönelik yapılandırılmış, sürekliliği olan bir yaklaşımla psikoeğitim ve sağlıklı yaşam tarzı eğitimleri verilmektedir. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerini (TRSM) desteklemek amacıyla Münih Üniversitesi ve İngiltere'de Care4today® ekibi tarafından geliştirilmiştir. Çeviri ve uyarlaması yapılan psikoeğitim modüllerinin yanı sıra kılavuzların çalışma biçimine dikkat ederek "Sağlıklı Yaşam Aktiviteleri Uygulama Kılavuzu" tarafımızdan geliştirildi. Programda yapılandırılmış, video ve grup etkinlikleri ile zenginleştirilmiş hasta çalışma kitapçıkları, danışan/bakımveren için destek kitapları ile bunlara ait uygulayıcı kılavuzları (çalışma kitapları uygulama kılavuzu ve danışan/bakımverenler için hazırlanmış uygulama kılavuzu) yer almaktadır.

Şizofrenide hastalık yönetimi programı uygulamasının TRSM'lere kazandırması beklenen hedefler, TRSM ekip çalışmasını sağlaması, TRSM personelinin uygulamalarında eğitim ve beceri kazandırması, tedavi uyumunun düzenli olarak gözden geçirilmesi, psikoeğitimin yapılandırılmış olarak uygulanması, esenlik/yaşam kalitesi artışı hedefleyen aktiviteler, ortak karar alma süreci konusunda yol göstermesi, erişkin eğitiminde önemli olan görsel/işitsel materyal sağlanması olarak belirlenmiştir.

Depresyon tedavisinde yeni yaklaşımlar

Doç. Dr. Elvan Özalp

Dr. Abdurahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

Günümüzde 1980’li yıllarda mucize ilaç olarak nitelendirilen antidepresanlarla hastaların çoğunun düzelemediği, yarıya yakın kısmının ise tedaviye cevap seviyesinde kaldığı düşünülmektedir. Uygun ve yeterli dozda antidepresan tedaviyle düzelen hasta oranının sadece %30 ila 40 arasında olduğu pek çok randomize kontrollü çalışmada gösterilmiştir. 2000’li yıllarda Amerikan Akıl Sağlığı Enstitüsü’nün (NIMH) ülke genelinde yürüttüğü, geniş katılımlı (2876 hasta sayısı) çalışmasının sonuç raporu ile; ilaç şirketlerinin önyak olduğu araştırmalardan çok farklı olarak hastaların çok azının tam şifaya kavuştuğunun açıklanmış olması, mevcut ilaçlara duyulan güveni ciddi şekilde sarsmıştır ve yeni arayışlara yönelinmiştir.

Unipolar depresyon tedavisindeki klasik tedavi stratejileri; antidepresanla tedavi, yanıt alınamıyorsa, aynı gruptan başka bir ilaca geçme, farklı gruptan bir ilaç seçme, mevcut ilaca başka bir ilaç ekleme, elektrokonvulzif tedavi gibi bilinen yöntemlerdir. Son zamanlarda tekrarlayan transmanyetik uyarımı (rTMS), derin beyin uyarımı (DBS), vagal sinir uyarımı (VNS) gibi farmakolojik olmayan nöromodulasyon tedavileri giderek kabul görmeye ve kullanımları yaygınlaşmaya başlamıştır.

Aslında depresyonun etyolojisi ve tedavisinde yeni araştırmalar hastalığın olası pek çok alt tipine ya da çok boyutluluğuna işaret etmektedir. Hastalığın etiyojisi ve dolayısıyla tedavisi ile ilgili bilinen görüşler değişime uğrayarak “genetik ya da çevre rollerinden gen-çevre etkileşimine, kimyasal dengesizlikten inflamatuvar süreçler, nöroplastisite ve nörotrofik faktörlere, serotonin, norepinefrin ve dopamin gibi nörotransmitterlerden glutamatin rolüne, oral hap kullanımlarından intravenöz infüzyonlara, monoterapiden güçlendirme stratejilerine, farmakoterapiden nöromodülasyona” doğru yönelmiştir. Bu sunumda geçmişten günümüze depresyon tedavisinde karşılanmayan ihtiyaçlar ve yeni yaklaşımlardan söz edilecektir.

Depresyon alt tiplemesi ve biyolojik kanıtlar

Prof. Dr. Ertuğrul Eşel

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Kayseri

Günümüzde depresyonun tanısı büyük oranda klinik muayeneye, yani endofenotipleri temsil eden çok ve çeşitli semptomların öznel olarak değerlendirilmesine bağlıdır. Yıllardır major depresyonda (MD) tanı, alt gruplandırma ve tedaviyi yönlendirmek ve cevabı tahmin edebilmek için biyolojik göstergeler bulunması amacıyla büyük bir gayret sarf edilmiş olmasına karşın, halen MD'un tanısı ve tedavisi için kullanılabilecek noninvaziv, kantitatif bir test bulunamamıştır. Ancak biyolojik göstergelerin araştırılması majör depresyonun biyolojik nedenlerinin ve patofizyolojisinin anlaşılması bakımından bize önemli veriler sağlamaktadır.

MD hem klinik hem de biyolojik olarak son derece heterojen bir hastalıktır. Bu nedenle biyolojik göstergelerin depresyonun alt gruplarını tayin etmede faydalı olup olamayacakları, ya da daha çok klinik özelliklere göre tanımlanmış olan alt tiplmeyi destekleyip desteklemedikleri konusunu araştırmak için biyolojik araştırmalar sürdürülmektedir. MD'da hastalığın fizyopatolojisi ile ilişkili olan ya da olmayan birçok biyolojik anormallik bildirilmiştir. Bunların bir kısmının ise MD alt tiplerine göre değişiklik gösterebilecekleri, bu nedenle alt tiplerin biyolojik göstergeleri olarak da kullanılabilecekleri öne sürülmektedir. Bu konuda nörotrofik faktörler, periferik büyüme faktörleri, iltihabi göstergeler, nörotransmitter ve nöro hormonal sistemler incelenmekte, yapısal ve işlevsel nöro görüntüleme çalışmaları yürütülmekte, ayrıca genetik ve epigenetik araştırmalar yapılmakta ve bazı önemli bulgular elde edilmektedir.

Örneğin melankolik özellikli MD, atipik depresyon, ileri yaş depresyonu ve postpartum depresyonda HPA eksenle ve dopaminerjik sistemle ilişkili bulgular, bazı iltihabi göstergeler, kimi büyüme faktörleriyle ilişkili bulgular ve görüntüleme bulguları özellik arz edebilmekte ve depresyonun alt tiplerinin biyolojik alt yapılarının birbirlerinden farklı olabileceğini telkin etmektedir. Ancak bu konudaki tüm veriler gözden geçirildiğinde, depresyonun tanısında olduğu gibi depresyonun alt tiplemesinde de bugün için pratikte kullanılabilecek ayırt edici bir biyolojik göstergenin olmadığı, ancak depresyonun bazı alt tiplerinde bazı biyolojik değişikliklerin daha belirgin olarak ortaya çıktığı söylenebilir. Bu değişikliklerle ilişkili tutarlı bulguların artması halinde, depresyonun klinik alt tiplemesi daha sağlam biçimde ve kanıtlara dayalı olarak yapılabilecek, ya da bazı alt tipler hükümsüz hale gelebilecektir.

Bipolar depresyon tedavisinde antidepresan tedavini yeri var mı?

Doç. Dr. Kürşat Altınbaş

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Çanakkale

Bipolar bozukluk tanılı hastaların yarısından fazlasında ilk hastalık dönemi depresyon olup, yaşam boyu depresyonda geçirilen süre maniden 3 kat daha uzundur. Dahası, depresif dönemlerin bipolar hastalarda işlevselliğin ve iyilik halinin en güçlü belirleyicisi ve kronik eşik altı depresif belirtilerin işlevsellikteki bozulmanın en güçlü öngörücüsü olduğu göz önünde bulundurulunca, hastalığın depresif döneminin tedavisi daha da önem kazanmaktadır(Altınbaş ve ark.2010a). Ancak depresif dönemde görülen bu denli ciddi sorunlara karşın akut dönem tedavi kılavuzlarında manik döneme odaklanılmıştır. Manik dönemin gürültülü seyri ve tüm depresyonların aynı olduğu fikri, manik döneme yoğunlaşılmasında önemli olabilir. Duygudurum dengeleyici ve antidepresanların bipolar depresyon tedavisinde etkilerinin farklı olmadığına ilişkin veriler olup, tedavi kılavuzları tedavide duygudurum dengeleyicilerinin önemini vurgulamaktadır(Altınbaş ve ark.2007, Altınbaş ve ark.2010b). Ancak klinisyenlerin pek çoğu şiddetli depresyon dönemleri dışında tedavi kılavuzlarını takip etmemektedir(Altınbaş ve ark.2011). Bipolar bozukluk depresif dönemi tedavisinde antidepresan kullanılmasının etkinlik ve yararlılığına ilişkin tartışmalar halen sürmesine karşın, hastaların %80'inin hayatlarının bir bölümünde antidepresan kullandıkları ve özelleşmiş duygudurum kliniklerinde de tüm depresif dönemlerin yaklaşık beşte birinde antidepresanların tercih edildiği bildirilmiştir(Atagün ve ark. 2012). Antidepresanların bipolar depresyonda etkinliklerinin kısıtlı olduğuna ilişkin kanıtlar ve yanı sıra manik kayma ile döngü hızlanması riskleri klinisyenlerin antidepresan reçete etmesini zorlaştırırsa da; depresif dönem etkinliği gösterilmiş tedavi seçeneklerinin kısıtlılığı ve bir grup hastada antidepresanların kesilmesiyle depresif yinelenmeler ortaya çıkması(Altshuler ve ark. 2003) antidepresan tercihinin klinik pratikte varlığını sürdürmesine neden olmaktadır. Son yıllarda artan kanıtlar ve metaanalizler antidepresanların bipolar bozukluk depresif döneminde etkililiklerine ilişkin olan tartışmalara ışık tutmaktadır(Malhi 2015, Bowden&Singh 2016). Bu panelde bipolar depresyonda antidepresanların yarar ve riskleri gözden geçirilerek tedavideki yeri sorgulanacaktır.

Anahtar Kelimeler: Bipolar bozukluk, depresyon, antidepresan

Kaynaklar

1. Altınbaş K, Oral ET, Vahip S. (2007) İkiuçlu Depresyon Tedavisinde Yeni Seçenekler. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi, 30-37.
2. Altınbaş K, Gülöksüz S, Yigiter S ve ark. (2010a) Uzmanlaşmış bir merkezde izlem iki uçlu depresyon belirti sayısını ve şiddetini etkiler mi? Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 13-17.
3. Altınbaş K, Oral ET, Smith D, Craddock N. (2010b) İki uçlu depresyon tedavisinde duygudurum dengeleyici ve antidepresan etkilerinin karşılaştırılması: Geriye dönük bir dosya taraması. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 115-120.
4. Altınbaş K, Smith DJ, Oral ET (2011) Adherence to Turkish Psychiatric Association Guideline for Bipolar Depression Treatment in a Specialized Mood Disorders Outpatient Unit. Psychiatria Danubina, 189-193.
5. Althuler L, Suppes T, Black D ve ark. (2003) Impact of antidepressant discontinuation after acute bipolar depression remission on rates of depressive relapse at 1-year follow-up. Am J Psychiatry, 160:1252-1262.
6. Atagün Mİ, Altınbaş K, Yeşilyurt S ve ark. (2012) İki Uçlu Bozukluk Hastalarında Depresif Belirtilerin Tedavisinde Antidepresan Tercihlerinin Değerlendirilmesi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 151-156.
7. Bowden CL, Singh V. (2016) The use of antidepressants in bipolar disorder patients with depression. Expert Opin Pharmacother 17(1):17-25.
8. Malhi GS. (2015) Antidepressants in bipolar depression: yes, no, maybe? Evid Based Ment Health. 18(4):100-2.

Depresyon ve yas

Prof. Dr. Abdülkadir Çevik

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri ABD, Ankara

Depresyonun psikodinamiği normal yasin psikodinamiği çerçevesinde ele alınabilir. Klasik psikanalitik kurama göre, kaybın yaşayan ile nesne arasında karşılıklı olarak hem sevgi, hem de nefret ilişkisi vardır. Yani nesneye hem libido hem de agresyon yatırılmıştır. Bu durum ilişkilerdeki ikilem temelini oluşturur. Nesne kaybedildiği zaman bu ilişki tek yanlı (karşılıksız) bir nitelik kazanır. Kayıp gerçeği kabul edildiğinde kişi bu nesneyi anılarında yaşatmaya çalışır. Şayet ilişkilerde aşırı bir ikilem varsa depresyon meydana gelir.

Nesne ilişkilerinin gelişimi sürecinde insanın yaşadığı kayıplar iki grupta değerlendirilir: bunlar gerçek kayıplar ve gelişimsel kayıplardır. Gelişimsel kayıpların anlaşılması ve bilinmesi depresyonun hangi gelişim seviyesinde bir kayıpla bağlantılı olduğunu göstermesi ve dolayısıyla tedavi planının yapılması bakımından önemlidir. Depresyonun klinik tablosu bireyin nesne ilişkilerindeki gelişim düzeyine göre değişmektedir.

1917’de Freud “yas ve melankoli” makalesinde önemle yas tutma ve depresyon arasındaki korelasyonun üzerinde durur. Yas tutma, geniş anlamda bir kayıp veya kayıp tehdidi yaşantısını izleyen normal psikolojik bir süreçtir. Kayıp yas tutan kişide gerçeklerden uzaklaşma ile birlikte kaybedilen kişiye fanteziler ve arzular yoluyla sarılma ve tutunma durumlarını ortaya çıkarır.

Bunun yanı sıra depresyon dünyaya karşı ilgi azalması ve kaybı ile diğer insanlara yatırım yapma ve bağlanma kapasitesinin kaybolması gibi benzer acı dolu duyguları olan klinik görünümle tanımlanır. Bu belirtilere ek olarak depresyonda kendini ayıplama kınama, kendine serzenişte bulunma, sitem etme, kendini aşağılama, hor görme gibi duygularla bir arada olan ciddi benlik saygısı ve kendilik değeri düşmesi saptanır. Bu duygular genellikle cezalandırılma beklentileriyle sonuçlanabilir.

Freud hem yas tutuma hem de depresyonda kayba bağlı kalmak için narsisistik özdeşimi tanımlamıştır. Depresyonda kayıp insan ile kayıptan önceki ilişkilerde söz konusu olan ikilem kayıp insanın içrel reprezentasyonuna transfer edilir ve ona yöneltilir. Böylece depresyondaki hastaların ikilemlerindeki nefret tarafı bu özdeşime bağlı olarak bireyin kendisine çevrilir. Bu nefret istismar boyutunda bireyin kendine eziyet etmekten zevk alması, şiddetli ızdırap yaşaması ve kendini değersizleştirme biçiminde ortaya çıkar.

Nesne ilişkileri kuramı da kısaca nesnenin kaybına ve kayıptan sonra o nesnenin kaybeden kişi içinde tutulmasına ve saklanmasına dayanmaktadır.

Nesne ve selfi gelişimsel olarak irdelediğimizde depresyonun önemi ve ciddiyetini daha iyi anlarız. “Self and the Object World” isimli kitabında Jacobson bu gelişimin temel esaslarını açıklamıştır. Mahler ise araştırma ve gözlemleriyle nesne ve selfin gelişimine ve ayırmasına görünür bir katkı sağlamıştır. En sistematik açıklama daha sonra Kernberg

* A.Ü.Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi tarafından yapılmıştır. Ancak Kernberg’in açıklamaları Jacobso ve Mahler’in açıklamalarına dayanmıştır. Volkan ise nesne ve selfin gelişimi ve ayırmasını klinik örneklerle açıklarken klinik pratikte, özellikle patolojik yasta ve depresyonda bu kuramın daha kolaylıkla kullanılmasını sağlamıştır.

Nesne ilişkilerinin gelişiminde bu kuramın özünde var olan self ve nesne imaj ve reprezentasyonlarının iki taraflı yani bipolar bir biçimde gelişmeleri söz konusudur. Nesne ilişkilerinin gelişiminde başlangıçta bu bipolar gelişme doğrultusunda bir yanda hoşnutsuzluk veren uyaranlar ve yaşıntılar, diğer yanda hoşnutsuzluk veren uyaran ve yaşıntılar, vardır. Bu dönem yaşamın ilk bir iki haftalık zamanı kapsar. Nesne ilişkilerinin ikinci döneminde ki bu dönem 6’ncı veya 8’inci aylara kadar sürer, bir yanda hoşnutsuzluk yaşıntılarıyla ilişkili self-nesne imaj ve reprezentasyonları, diğer yanda hoşnutsuzluk yaşıntılarıyla ilişkili self-nesne imaj ve reprezentasyonları ayırmamış olarak birbirinden ayrı olarak gelişir. Bu ayırmamışlık, yani self ve nesnenin iç içeliği egonun analiz fonksiyonunun veya ayırt etme fonksiyonunun henüz gelişmemesinden kaynaklanır. Öte yandan hoşnutsuzluk ve hoşnutsuzluk yaşıntılarının iki ayrı grupta gelişmesi ise egonun bütünleştirici veya sentezleyici fonksiyonunun henüz gelişmemesinden kaynaklanır. Bu dönemde nesne ve self ayrımı söz konusu değildir. Bu nedenle self ve nesnenin doğal iç içeliği (füzyonu) vardır. Yani erişkin için psikotik bir durum söz konusudur. Yine bu dönemde hoşnutsuzluk ve hoşnutsuzluk yaşıntılarının ayrılığı da kuvvetli değildir, çünkü ego bölünmeyi de katı bir biçimde kullanamayacak durumdadır. Bu nedenle hoşnutsuzluk ve hoşnutsuzluk (iyi ve kötü) yaşıntıları arasında sık sık iç içe girmeler ve ayrılmalar olabilir. Bu da bir füzyon ve defüzyondur. Psikotik depresyon söz konusu olduğunda nesne ilişkilerinin bu dönemi göz önünde bulundurulmalıdır. Böyle bir psikotik depresyonda füzyon bulunmaktadır.

Nesne ilişkilerinin üçüncü dönemi 6-8’inci aylardan 18-36 aylara kadar olan bölümü kapsar. Bu dönemde mental fonksiyonlar ve ego biraz daha gelişmiş olduğundan artık self ve nesne birbirinden ayrı olarak yaşanıp algılanmaktadır. Ancak egonun bütünleştirici fonksiyonu yeterince gelişmediğinden birbirinden ayırt edilmiş self ve nesne imaj reprezentasyonlarının “iyi” leri bir tarafta, “kötü” leri bir tarafta birbirinden ayrı tutulmaktadır. Self ve nesne reprezentasyonları birbirinden ayrılmış olduğundan bu dönemde gerçeği değerlendirme başlar. Ancak gerçeği değerlendirme tam değildir. Çünkü “iyi” ve “kötü” henüz birleşip kaynaşmamıştır. Bir başka deyişle bu dönemde takılmış veya bu döneme gerilemiş kişiler hiçbir zaman “ak” ile “kara” yı bir araya getirip gri rengi oluşturmazlar. Bunların yaşamı hep “iyi” ler ve hep “kötü”ler arasında gidip gelir. Bu dönemdeki bir kişinin depresyonu da gerçek bir nevrotik depresyon gibi değildir. Bütünleşmenin yokluğu ve egonun bu önemli yeteneğini yerine getirecek düzeyde ve güçte olmaması bu düzeydeki kişilerde (borderline) gerçek depresyonda görülen suçluluk duygusunun yaşanmamasının veya yeterince yaşanmamasının

nedenidir. Çünkü bütünleşmemiş iyi ve kötü nesne imaj ve reprezentasyonları süperegonun da tam oluşumunu engellemektedir.

Böylece süperegonun işlevlerindeki yarıлма etkili olarak görülmektedir. Yani süperego da bütünleşmemiştir. Ayrıca hasta hala içe alma yansıtmı bağıntılarını (introjective, projective relatedness) çok kullanmaktadır. Hasta kötü imajları içine aldığı zaman depresyon gibi bir durum ortaya çıkar. Fakat ani olarak bu kötü imajları dışarı vurur ve depresyondan ayrılır. Bu defa “paranoid” gibi bir durum ortaya çıkar. Bu durumlar kalıcı olamadıkları için bu gibi hastaların depresyonlarının nevroitik kişiler ve gerçekten gelişip olgunlaşmış kişilerin depresyonlarından daha farklı olduğunu söyleyebiliriz.

Nesne ilişkileri kuramına göre gelişmenin dördüncü aşamasında bipolar gelişme yerini bütünleşmeye bırakmaktadır. Dünya gerçekleri çocuğu bu bütünleşmeyi yapmaya zorlamaktadır. Yani artık ayrılmış “iyi” ve “kötü” self ve nesne reprezentasyonları, başka bir deyişle “ak” ve “kara” bütünleşerek gri oluşur. Bu dönem 3’üncü yıldan itibaren ödipal dönem boyunca sürer. Bu dönemde gerçekleri değerlendirme işlevi tam olarak yerine getirilir. Bunun yanı sıra süperego da bütünleşmiştir.

Bu aşamada bireyin egosu “iyi” yaşantıları “kötü” lerle birleştirecek güce kavuşmuştur. Bireyin egosu bu birleştirmeye “iyi”lerin tamamen yok olmayacağı veya kaybedilmeyeceği inancının yanı sıra saf beyazlığın (veya iyiliğin) griye dönüşebilmesiyle ilgili kayba ve bunun doğuracağı anksiyeteye dayanabilecek güce gelmektedir. Görüldüğü gibi nesne ilişkileri kuramına göre kayba bağlı yas ve depresyon yaşayabilme ve bu depresyonu psikoz düzeyine götürmeme gücü nesne ilişkilerindeki bipolar gelişmede bölünme savunma mekanizmasını bırakarak entegrasyonu yapabilme gücüne erişmeyle birlikte olmaktadır. Bu dönemde bir kişi depresyon geçirdiğinde suçluluk duygusu yaşar ve ayrıca kendilik değerinde ve benlik saygısında (self esteem) belirgin bir azalma görülür. Bunun yanı sıra bu döneme ulaşmış bir bireyin depresyonunda gerçek ikilemi de görebiliriz.

Şunu hatırlatmak isteriz ki burada anlattığımız nesne ilişkileri modelinde dürtülere (libidinal ve agresif) yer verilmiştir. “İyi” self ve nesne imajları libido ile, “kötü” self ve nesne imajları ise agresyonla yüklenmiştir (cathexis). “İyi” ve “kötü” imajlar birleşince libido ve agresyon da birleşerek bir bütün içinde nötralize olurlar.

Nesne ilişkilerinin yukarıda anlatılan dördüncü dönemine geçişte birey “iyi” reprezentasyonların “kötü” lerle bütünleşmesi gücüne tam olarak erişememişse kötülerin bir kısmını regresyon ve bölünme savunma mekanizmalarını kullanarak “iyi”lerden ayrı tutmaya çalışır. Bu sırada “iyi” reprezentasyonlar da bir tarafa itilip orada tutulan “kötü”leri iyice göstermeyecek kadar örter. Bu durumda birey karşımıza gerçeğe uymayan şişirilmiş bir self ile gelir. Narsisistik kişilik organizasyonu olarak bilinen bu durumda da bu kişiler borderline kişiler kadar olmasa da gerçek bir depresyonu yaşayamazlar. Bu kişiler klinikte klasik depresyon belirtileri yerine bazı kimlik sapmaları, cinsel kimlik karmaşaları, sahte iyimserlikler, çeşitli hipokondriyak uğraşlar ve bağımlılık yapan bir takım maddeler kullanmaları ile dikkati çekerler. Bunlar gerçek bir suçluluk duygusu yaşamadıklarından suçluluk uyandırabilecek durumlarda büyüklük ve üstünlük duyguları ön plana geçer. Bir çok narsisistik kişinin alkol

bağımlılığının temelinde sürekli olarak derinde yaşadıkları yetersizlik, eksiklik duygularının yarattığı kronik kayba karşı, bir başka deyişle depresyona karşı geliştirilen bu tür savunmalar görülmektedir.

Görülüyor ki, çağdaş nesne ilişkileri kuramı dikkate alınarak depresyonun psikodinamiği incelendiğinde bireyin nesne ilişkilerindeki gelişim düzeyine göre depresyonun klinik tablosu değişmektedir. Bu değişiklik sadece depresyon belirtileri açısından olmamaktadır. Depresyonun psikoz veya nevroz düzeyinde veya nesne ilişkilerinin boyutsal gelişiminin hangi düzeyinde olduğu bakımından da önem kazanmaktadır. Öte yandan ister psikoz, ister nevroz düzeyinde olsun depresyonun psikodinamiğinin bilinmesi ve anlaşılması bunun tedavisinin planlanması ve yürütülmesi için gereklidir. Bunun dışında komplike olmamış yas yani normal yas ile patolojik yasin kayıp sonrası oluşan depresyonla karşılaştırılması depresyonun psikolojik olarak anlaşılması için temel bir model oluşturmaktadır.

Psikozun ayak sesleri: yüksek risk, atenüe psikoz ve prodrom döneminde güncel yaklaşımlar

Prof. Dr. M. Kemal Yazıcı

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Mersin

Psikozun ilk döneminin öncesinde genellikle zayıf/silik psikotik belirtiler ve psikososyal işlevsellikte belirgin azalma giden bir prodrom dönemi görülür. Bu geriye dönük vurgusu ile prodrom terimi psikozun kaçınılmaz bir sonuç olduğunu ima etmektedir. Psikozda erken tanıma ve müdahale gibi ileriye dönük kavramlar için bu terimin kullanılmasının yanlış olacağı düşüncesi ile “yüksek risk durumu” terimi kullanılmaya başlanmıştır.

Prodrom terimi riskli mental durum, ultra yüksek riskli mental durum ve temel belirtili mental durum olarak tanımlanan durumları kapsamaktadır.

Ultra yüksek riskli olarak tanımlanan kişiler şunlardır: 1) eşikaltı psikotik belirtiler grubu (son 1 yıl içinde eşikaltı düzeyde pozitif psikotik belirtiler yaşamış olanlar); 2) kısa sınırlı aralıklı psikotik belirtiler grubu (1 haftadan uzun sürmeyen ve kendiliğinden iyileşen açık psikotik belirtiler yaşamış olanlar); 3) yapısal ve durumsal risk etkeni grubu (birinci derece akrabasında psikotik bozukluk olması veya kişinin kendisinde şizotipal kişilik bozukluğuna ilaveten son bir yıl içinde işlevsellikte belirgin azalma veya kronik olarak düşük işlevsellik olması).

Riskli kişilerin belirlenmesinde kullanılan diğer bir yaklaşım “temel belirtiler” olarak adlandırılan belirtileri kullanmaktır. Bazı klinik çalışmalarda belirli temel belirtilerin şizofreniyi yordayıcı olduğunun saptanması üzerine bir belirti listesi geliştirilmiştir: dikkati iki konu arasında bölememek, düşünce engellenmesi, düşünce baskısı, düşünce bloklanması, sözel anlama ve ifade bozukluğu, soyut düşünmenin bozulması, referans fikirleri, görsel alandaki ayrıntıların dikkati çekmesi. Bu belirtilerden iki tanesinin var olması halinde kişi yüksek riskli kabul edilmektedir.

Yüksek riskli gruplarda yapılan ileriye dönük desenli çalışmalar tam psikoza ilerleme oranını bir yıl içinde %40 civarında vermektedir. Bazı çalışmalar yüksek riskli dönem içinde yapılan müdahalelerin daha sonra psikoz ortaya çıkması riskini azalttığı yönünde bulgular vermiş olsa da, henüz özgül bir önleyici tedavi biçiminin rutin klinik uygulamada kullanımı için yeterli kanıt temeli bulunmamaktadır.

Olguların prodrom dönemi içindeyken saptanması sayesinde hastalığın başlangıç dönemi ile ilişkili yordayıcı değişkenler ve yakınlık belirteçleri belirlenebilir; hastalığın başlamasını geciktirecek ve hatta engelleyecek girişimler geliştirilebilir.

Şizofrenide yeni ilaçlar karşılanmamış ihtiyaçları hedefliyor mu?

Prof. Dr. Meram Can Saka

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri ABD, Ankara

Şizofreni günümüzde bireyler ve toplum üzerinde büyük bedeller yaratmaya ve tıbbın en büyük bilinmezliklerinden biri olmaya halen devam etmektedir. Güncel tedavilerde kullanılan birçok antipsikotikğin glukoz ve lipid metabolizması üzerine olan etkilerinden dolayı diyabet, hiperkolestrolemi, hipertansiyon, kardiyovasküler morbidite ve mortaliteye sebep olduğu, hareket bozukluklarının birçok hasta için sorun teşkil etmeye devam ettiği görülmektedir.

Geçtiğimiz yıl içinde iki yeni molekül ve aripiprazolün uzun etkili enjeksiyon formu ABD FDA tarafından onaylanmıştır. Hem şizofreni hem BP için endikasyon alan kariprazin'in antipsikotik etkisinin yanında şizofreni ile ilgili bilişsel sorunlara da faydalı olacağı öne sürülmektedir. Brekspiprazole şizofreni tedavisi ve depresyon tedavisinde ek olarak onaylanmıştır. Lurasidone, asenapin ve iloperidon daha önce onay almış ama ülkemizde kullanıma girmemiş moleküller. Pimavanserin Parkinson psikoza için halen FDA değerlendirmesinde olan bir molekül. Şizofreni patogenezinde önemli bir yeri olduğu bilinen glutamaterjik yolak ve nikotinik reseptörler uzun zamandır olduğu gibi halen gündemdedir. Yenilikçi olarak adlandırabileceğimiz tedavi hedefleri arasında ise fosfodiesteraz, 5-HT₆, glyT1, H3 reseptörlerine yönelen ligandlar ve VGSC modulatorleri sayılabilir.

Klozapin kullanım rehberi ve yeni öneriler

Prof. Dr. Köksal Alptekin

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir

Klozapin tedaviye dirençli şizofrenide ilk seçenek olarak kullanılması gereken etkin bir antipsikotiktir. Öte yandan son yıllarda yapılan birçok metaanaliz çalışmasında Klozapinin diğer antipsikotik ilaçlara oranla değişik belirti kümelerinde açık ara önde daha etkin olarak saptanması şizofreni tedavisinde Klozapin kullanımını daha erken evrelerde deneme sorusunu gündeme getirmiştir. En azından 2. sırada Klozapin denemesi tartışmaları yapılmaktadır. Klozapin kullanımını daha erken evrelere indirmenin önündeki en önemli engel klozapinin yol açtığı agranulositoz ve ölüm riskidir. Agranulositoz riski önceleri yalnızca lökosit düzeylerinin saptanması ile değerlendirilirken, 2015 yılında APA'nın geliştirdiği bir rehberde “mutlak nötrofil sayısı”na da bakılması gerektiği önerisi ortaya atılmıştır. Alanda psikiyatristlerin şizofreni hastalarında Klozapin kullanım oranları oldukça yetersiz ve düşük oranlarda iken, yeni önerilen bu ölçütlerin Klozapin kullanım oranını arttırmak yerine daha da engel olabileceği öngörülmektedir.

İlk önce ne yapmalı: depresyonda anksiyete bozukluğu birlikteliği ve tedavisi

Prof. Dr. Selçuk Kırılı

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Kliniği, Bursa

Depresyon ve anksiyete bozukluklarının birlikte bulunmaları birinci basamak tedavi ortamı başta olmak üzere tüm psikiyatrik tedavi ortamlarında önemli bir sorundur. Yaygınlık açısından bir örnek vermek gerekirse 12 aylık dönemde birinci basamak tedavi hizmetine, genellikle psikiyatrik olmayan yakınmalarla başvuran hastalar tüm hastaların %10-20'sini oluşturur ve bunların yaklaşık %50'sinde her iki bozukluğun birlikte olması söz konusudur. Bu birlikteliğin ortaya çıkardığı diğer sorunlar tıbbi kaynakların kullanılmasında, süregelenleşmede artış, daha geç düzelme, yinelemelerde artış, psikososyal yetilerde ve hayat kalitesinde kayıp oranlarının artması olarak bilinir.

Bütün bu sorunlar etkili tedaviler üzerinde daha fazla çalışmayı gerektirir. Basitçe her iki tabloda da etkili olduğu düşünülen ilaçların kullanılması, etkilediği alıcı profili daha geniş olan ilaçların seçilmesi, tedaviye mümkün olduğu kadar erken başlanması ve tedavide kalınan sürenin uzatılması gibi taktiklerin etkili olduğu söylenilebilir. Ancak söylenenlerin ötesinde çözümler üretebilecek çalışmalara ihtiyaç olduğu da açıktır. Çünkü etkili tedaviler önerdiği düşünülen araştırmaların sonuçları aslında bilinen depresyon tedavilerinin çok dışında değildir. Açıkçası önerilen farmakolojik ajanların seçilmeleri aynı depresyonda olduğu gibi etkililik ve emniyetli kullanım parametreleri üzerinden yapılmakta ve genel olarak majör depresyon için artık sıradan olmuş önerilerin pek de dışına çıkmamaktadır.

Bir diğer genelleme de BDT'nin ilaç tedavisi ile birlikte başlanması veya eklenmesinin faydalı olacağı yönündedir.

Sonuç olarak depresyon ve herhangi bir anksiyete bozukluğunun birlikte olduğu durumlarda, tüm tedavilerde vurgulanan ancak çok da dikkate alınmayan hastaya has tedavi stratejileri düzenlenmesi çok önemli bir konudur. Bu değerlendirmede bozukluk ve belirti kümelerinin oluşmalarında etkili olan biyolojik ve çevresel-psikolojik vb. etkenlerin katkı payları da dikkate alınarak yapılacak formülasyonlar yol gösterici olabilir. Ancak oluşturma süreçleri doğru değerlendirilirse hastanın hangi oranlarda ilaç tedavisi, BDT veya başka bir psikoterapi ya da başka bir alternatif tedavi yöntemine ihtiyacı olduğu daha iyi tespit edilip ona has en iyi tedavi yaklaşımı planlanabilir.

Fenomenolojik açıdan depresyon ve anksiyete: benzerlik ve farklılıklar

Prof. Dr. Tayfun Turan

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Kayseri

A nksiyete ve depresyonun aynı hastalığın farklı görünüşleri mi yoksa tamamen ayrı iki klinik tablo mu olduğu uzun yıllardır tartışılan bir konudur. Depresyon ve anksiyete günlük yaşamın içinde normal bir tepki olabileceği gibi herhangi bir hastalığa eşlik edebilir ya da özgül bir psikiyatrik hastalığın kendisi olabilir. Anksiyete ve depresyonun bir çok belirtisi benzerlik göstermektedir. Ayrıca bu iki bozukluk sıklıkla bir arada bulunmaktadır. Biyolojik açıdan da bu iki klinik tablonun örtüştükleri ve farklılaştıkları taraflar vardır. Bazı tedavi yöntemleri her iki durumun tedavisinde etkili olabilmektedir. Belki de, çevresel stresörler doğaları gereği ortak bir genetik özellikten farklı fenotiplerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Fenomenolojik olarak anksiyete ve depresyon kimi belirtileri ile örtüşmekte kimi belirtileri ile ise ayrılmaktadır. Konsantrasyon güçlüğü, kolay yorulma, uyku bozukluğu, kaygı, korku gibi belirtiler hem anksiyete hem de depresyon varlığında görülebilmektedir. İlgi kaybı, zevk alamama, kilo değişiklikleri çoğunlukla depresyona eşlik ederken, agorafobi, aşırı uyarılma ise anksiyeteye eşlik eden özellikler arasındadır. Ayrıca depresyondaki kişiler daha fazla aleksitimik ve öfkelerini içe yönlendiren kişilerdir. Endişe anksiyeteye eşlik ederken ruminasyon depresyona eşlik edebilen bilişsel süreçlerdir.

Anksiyete ve depresyon, pozitif duygu durum, negatif duygu durum ve somatik uyarılma bakımından da gözden geçirilmiş, ortak ve ayırt edici özellikleri belirlenmeye çalışılmıştır. Negatif duygudurum boyutunun her iki durum için de ortak bir özellik olduğu, pozitif duygu durum boyutunun depresyon için, somatik uyarılma boyutunun da anksiyete için özgül olduğu vurgulanmıştır.

Sonuç olarak anksiyete ve depresyonun örtüşen ve her birine özgül belirtilerinin belirlenmesi ile ilgili bilimsel tartışmalar, biyolojik araştırmalar devam etmektedir. Dolayısı ile anksiyete bozukluğu ve depresyonun aynı hastalık spektrumu içinde mi bulunduğu, yoksa tamamen farklı bozukluklar mı olduğu sorusu henüz aydınlatılmış değildir.

İlk önce ne yapmalı: anksiyete bozukluğunda depresyon birlikteliği ve tedavisi

Doç. Dr. Ejder Akgün Yıldırım

*Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Psikoterapi Eğitim ve Tedavi Merkezi, İstanbul*

A nksiyete bozukluklarında depresyon birlikteliğinin yüksek olduğu bilinmektedir (Gorman 1996). Bu birliktelik bir çok etyolojik faktöre bağlı olarak gelişebilir. Ortak belirti kümesine neden olan beyin devrelerini etkileyen biyolojik etmenler ile ilgili olabileceği gibi anksiyete bozukluğuna bağlı işlevsellik kaybı, sosyal kayıplar ve tükenmişliğin sonucu, anksiyete belirtilerinin yarattığı stres ile başa çıkmanın sonucu ya da ortak genetik- çevresel-nörogelişimsel etmenlere bağlı gelişebilir (Arborelius ve ark 1999, Oliver 2015).

Anksiyete bozukluklarında ortaya çıkan depresyon başta intihar düşünceleri ve riski gibi klinik açıdan son derece önemli sonuçlar doğurabilir (Sareen ve ark 2005). Örneğin sosyal fobi’de intihar riskinin depresyon geliştiği durumda her birinin bağımsız riskinden daha tehlikeli bir hal aldığı bilinmektedir (Norton 1994). Ayrıca varolan bir hastalığın tedavisi eklenen bir diğer klinik durum ile daha da zorlaşmakta, sekteye uğramakta ya da hastanın tedavi terkine yol açabilmektedir.

Gerek anksiyete bozuklukları gerek depresyonda ortak farmakolojik tedavi seçenekleri birliktelik olması durumunda farmakoterapi açısından bir kolaylık sağlasa da zaten bir antidepresan tedavi altında sürdürülen anksiyete bozukluğu tedavisi sırasında depresyon gelişmesi, hangi ajanın seçilmesi gerektiği, değişim kararı ya da ekleme stratejilerini gündeme getirmektedir. Örneğin iyi giden bir anksiyete bozukluğu tedavisi sırasında depresyonun açığa çıkması dikkatli bir farmakoterapi müdahalesi gerektirmektedir. Çoğu durumda tedaviye eklenmiş psikoterapi ile fayda sağlanmaktadır (Cuijpers ve ark 2014)

Kişinin hasta rolüne sokulacağı psikoeğitimsel müdahalelerin yapılabilir olması, hastanın iyileşme süreci hakkında fikir yürütebilecek bir bilgi ve motivasyona ulaşmasının sağlanması tedavi uyumu ve sürdürülmesi açısından elzemdir. Bu durum iletişim kurulabilecek bir zihninliliğin sağlanması ile mümkündür. Bu nedenle klinisyenin belirti şiddeti ve önceliğine karar vermesi ve bunu psikoterapötik müdahale edebileceği ortamı yaratma önceliğine göre derecelendirmesi önemlidir. Amaç öncelikle hastayı tedavide tutmak, tedavi umudunu korumak ve uygun müdahalelerle zemin oluşturacak bir psikolojik zihninliliği sağlamaktır.

Ortaya çıkan depresyonda geçmişteki yineleyen depresyonlar, olası bipolar 2 tabloları, hipo/hipertiroidi gibi tiroid/endokrin sistem patolojileri iyi değerlendirilmelidir. Her iki klinik durum da ortak belirti kümesine sahiptir. Klinik tabloda tespit edilecek depresif belirtilerin aslında anksiyete bozukluğu belirtilerindeki kötüleşme olup olmadığı iyi ayırt edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete Bozukluğu, Depresyon, İlk Adım Tedavi, Farmakoterapi, Psikoterapi

Kaynaklar

1. Arborelius L, Owens MJ, Plotsky PM ve ark (1999). The role of corticotropin-releasing factor in depression and anxiety disorders. *Journal of endocrinology*, 160(1), 1-12.
2. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL ve ark (2014). Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World Psychiatry*, 13(1), 56-67.
3. Gorman JM (1996). Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. *Depression and anxiety*, 4(4), 160-168.
4. Norton GR (1994). Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and social phobia. *Am J Psychiatry*, 151(1), 882-887.
5. Olivier B (2015). Serotonin: a never-ending story. *European journal of pharmacology*, 753, 2-18.
6. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO ve ark (2005). Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Archives of general psychiatry*, 62(11), 1249-1257.

Kadınlarda cinsel işlev bozuklukları

Doç. Dr. Gülcen Güleç

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Eskişehir

Çeşitli ülkelerde yapılan epidemiyolojik çalışmalar, cinsel işlev bozukluklarının yaşam boyu prevalansının %30-50 arasında değiştiğini, genel olarak kadınlarda daha sık ortaya çıktığını, en sık rastlanan cinsel işlev bozukluğunun kadınlarda cinsel istek azlığı, orgazm bozuklukları ve cinsel ağrı bozuklukları olduğunu ortaya koymaktadır. Farklı kültür ve toplum yapılarına, yaş, cinsiyet, eşlik eden bedensel ve psikiyatrik hastalıklara göre tanı dağılımı ve oranları değişmekle birlikte yüksek prevalans oranları bütün dünyada birbirine benzemektedir (İncesu 2011).

Kadınlarda CİB yaygın olmasına karşın klinisyene nadiren bildirilmekte ve çoğunlukla tedavisiz kalmaktadır. Ülkemizde cinsel işlev bozukluklarının yaygınlığını belirleyen epidemiyolojik bir çalışma bulunmamakla birlikte, Konya'da normal popülasyonda yapılan bir araştırmada CİB görülme sıklığı kadınlarda vajinismus %15, anorgazmi %5 ve erkeklerde sertleşme bozukluğu %14, erken boşalma %29 oranlarında saptanmıştır (Doğan 2011, Yılmaz 2007).

Kadında orgazm bozukluğu

Kadında orgazm bozukluğu, orgazm yaşamada zorluk ve/veya orgazm duyumlarının çok düşük yoğunlukta olması ile karakterize bir durumdur. Bu tanıyı koyma için belirtilerin en az 6 aydır sürmesi, cinsel etkinliklerin %75-100'ünde ortaya çıkması, kişide klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olması, bu bozukluğun başak bir ruhsal bozukluk-madde kullanımı-gerginlik yaratıcı bir durum ile açıklanamaz olması gerekmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2014).

Geçmiş yıllarda kadının orgazm olmaması normal karşılanırken günümüzde bu düşünce değişmiştir. Her kadın orgazm olabilir ama hepsi cinsel birleşme ile orgazm olamayabilir, orgazm olmak için klitoral uyarıya ihtiyaç duyar (CETAD 2007). Klitoral uyarı ile orgazm olabilen ancak vaginal ilişki ile orgazm olamayan kadınlar kadında orgazm güçlüğü tanı ölçütlerini karşılamazlar (Amerikan Psikiyatri Birliği 2014). Orgazm öğrenilen bir durumdur ve kadınların %25'i evliliklerinin ilk yılında orgazm olmayabilir. Kadınlarda orgazm olabilmeye yaş ile artar. Kadın vücudunu tanıdıkça orgazm olasılığı artar. Eşle cinsel ilişki yaşamadan önce masturbasyon bedeninin uyarılma noktalarını tanıyan kadınlar orgazmı tanır (CETAD 2007).

En önemli psikolojik nedenleri arasında tutucu değer yargıları, suçluluk duyguları, cinsel travmalar, yetersiz cinsel bilgi ve deneyim, eşle olan duygusal iletişimin yetersizliği, yetersiz

önsevişme ve cinsel uyarı, eşteki erken boşalma ya da ereksiyon güçlüğü nedeniyle yetersiz cinsel birleşme süresi, eşler arası uyumsuzluk, evlilik içi çatışma, cinsel travma, çeşitli jinekolojik ve sistemik hastalıklar, kullanılan ilaçlar, alkol ya da madde kullanımı, depresyon ve diğer psikiyatrik hastalıklar, menopoz, yaşlılık ve başka cinsel işlev bozukluklarının varlığı sayılabilir (İncesu 2004).

Kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu

Cinsel etkinliğe karşı ilgisizlik ya da çok az ilgi gödsterme, cinsel içerikli düşünce ya da düşlemlerin olmaması yada çok az olması, cinsel etkinliği başlatmama ya da çok az başlatma, eşinin başlatma girişimlerine cevap vermeme, cinsel etkinlik sırasında hoşlanma olmaması, içten yada yazılı-sözel görsel olarak dıştan gelen hiçbir cinsel şşimgeye cinsel ilgi/uyarılmanın olmaması, cinsel etkinlik sırasında cinsel organlar ya da cinsel organların dışında hiçbir duyum olmaması gibi belirtilerden en az 3 tanesinin olması bu tanıyı düşündürür. Tanı bu şikayetler en az 6 aydır ve cinsel karşılaşmaların %75-100 ünde mevcutsa ve klinik olarak sıkıntıya neden oluyorsa konulur (Amerikan Psikiyatri Birliği 2014).

Ülkemizde genellikle cinsel eğitim eksikliği ve deneyimsizlik nedeniyle temel cinsel tekniklerin ve eşi uyarma yöntemlerinin çiftler tarafından bilinmemesi nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Erkeklerin tersine uyarılma güçlüğü olan kadınlar cinsel ilişkiye girebilirler. Yeterince uyarılmadan (cinsel organda ıslanma ve eşlik eden hoşnutluk-haz duygusu olmadan) yaşanan birleşme orgazma ulaşmaya engel olacaktır. Ayrıca yetersiz ıslanma ağrı ve rahatsızlığa neden olur. Haz almadan yaşanan cinsellik bir müddet sonra görev, tatsız bir etkinlik haline gelecektir. (CETAD 2007).

Cinsel isteğin sıklığı bireye göre değişir ve normali yoktur. Önemli olan çiftin cinselliği isteme sıklığında uyum olmasıdır. Eşlerin ikisi de ayda bir ya da her gün cinsel ilişki istiyorsa aralarında uyumlu bir cinsellik yaşayabilirler. Ancak eşlerden biri her gün diğeri ayda bir cinsel ilişki istiyorsa cinsel bir sorun vardır. (CETAD 2007).

Cinsel uyarılmada çiftlerin ilişkisinden ve etkileşiminden etkilenir. Ayrıca Kadında cinsel isteksizlik varsa mutlaka ilişkinin cinsellik dışı boyutlarında değerlendirilmelidir. Eşyle mutsuz, isteği dışında evlendirilmiş, fiziksel-psikolojik-duygusal şiddet gören, aldatılan, cinsellik dışında eşyle bir paylaşımı olmayan, evlilik ya da ilişkiden beklentileri karşılanmayan kadının cinsel isteksizlik yaşamaması şarttır. (CETAD 2007).

Cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu

DSM-5 de vajinismus ve disparoni tanısı “Cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu adı altında birleştirilmiştir. Vajinismusun, daha önceki DSM sınıflandırmalarında yalnızca “vajina kaslarının kasılması ve bu nedenle birleşmenin olmaması” diye özetlenebilecek tanımı yerine “ yeni tanımlama bu tanıyı daha geniş ve kapsayıcı bir perspektifle ele amaktadır (İncesu 2011). DSM 5 (2014) te bu tanı kategorisinde A tanı ölçütünde bu bozukluğun belirtileri şu şekilde tarif edilmiştir. Aşağıdakilerden birinde (ya da çoğunda) sürekli ya da yineleyici güçlük çekme;

Birleşme sırasında vajinaya girme

Vajinaya girme ya da girme girişimleri sırasında vulvovaginada ya da pelviste ağrı duyma

Vajinay girme eyleminin gerçekleşmesi beklenirken ya da vajinaya girme sırasında ağrı vulvavajina ya da pelviste ağrı duymayla ilgili belirgin korku ve kaygı duyma

Vajinaya girme girişimi sırasında pelvis tabanı kaslarını çok germe ya da sıkma.

Bizim toplumumuzda evliliğin ilk gecesinde ilk cinsel birleşme denendiğinde ortaya çıkar. En sık cinsel işlev bozukluğudur. Ülkemizde, uzak doğu ülkelerinde batı ülkelerine göre daha yaygındır. Cinsellik konusunda yerleşmiş yanlış inançlar ve tabuların vajinismus gelişiminde en yaygın nedenlerdir. Çocukluktan kalma korkular, bekaret kavramına verilen önem, ilk gece ve kızlık zarı hakkındaki yanlış inançlar vajinismus gelişiminde önemli etkenlerdir. Kadın cinsel işlev bozukluklarında tedaviye en iyi cevap veren bozukluktur. Kızlık zarının ameliyat ile alınması, uyuşturucu pomatlarla cinsel birleşme, alkol alımı, sakinleştirici ve antidepresanlarla birleşme, sıcak su banyoları ve anesteik pomadlar gibi tek seanslık çözümler faydasızdır. Vajinismus cinsel birleşme fobisidir. Asıl sorun beyinde, şiddetli korkudur. Bu korku nedeni ile refleks olarak kasılma meydana gelmektedir. Bu korku üzerinde çalışılmadan tek seanslık yöntemlerle tedavi etmeye çalışmak bu nedenle faydasızdır. Cinsel terapiyle önce çift görülüp değerlendirilir, cinsellikle ilgili yanlış inançlarının düzeltilmesi, cinsellik hakkında bilgilendirmenin ardından 2-3 ayda 6-8 seanla düzelme sağlanabilir. Vajinismusa eşlik eden yaygın yanlış inanışlar; vajinam çok dar, penis çok büyük girmez, vajina girişinde duvar gibi engel var, kızlık zarım kalın parçalanacak, çok canım yanar çok kanar (CETAD 2007).

Ayırıcı tanı ve tedavi algoritması

Genel tıbbi duruma bağlı cinsel işlev bozukluğunu ayırt edilir

Madde ve ilaç kullanımına bağlı cinsel işlev bozukluğu ayır edilir

Mevcut cinsel işlev bozukluğunun başka bir eksen I bozukluğundan kaynaklanıp kaynaklanmadığı ayırt edilir

Alt tipleri belirlenir(yaşamboyu/edinilmiş, yaygın/durumsal)

Cinsel işlev bozukluğunun ortaya çıkması, gelişmesine yol açan etkenler belirlenir

Tıbbi duruma bağlı ise tedavi ile ilgili uzmanlıklarla işbirliği kurulur

İlaça bağlı ise ilaçdeğişimi, kesilmesi, doz azaltılması, ilaç tatili ya da bu yan etkiyi gidebilecek diğer yöntemler değerlendirilir

Madde kullanımına bağlı ise madde kesilmesi sağlanabilir

Cinsel işlev bozukluklarına yol açan psikososyal etkenlere bağlı olarak;

bilişsel davranışçı cinsel terapi, eş ya da evlilik terapisi, ya da cinsel yönelimle sürdürülen ilişki arsında uyumsuzluk, parafili, ağır kişilik ya da başka psikiyatrik patolojiler varsa bunlara uygun uzun süreli tedavi ya da terapiler önerilir (Şahin 2014).

Anahtar sözcük: cinsel işlev bozukluğu, kadın, cinsel tedavi

Kaynaklar

1. İncesu C (2011). Dsm-5 ve cinsel işlev bozuklukları. Arch Neuropsychiatr; 48: 1-6
2. İncesu C (2004). Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları, Klinik Psikiyatri;Ek 3:3-13
3. Doğan S (2011).Cinsel işlev bozuklukları, depresyon ve antidepresanlar. Journal of Mood Disorders;1(2):81-6
4. Doğan Ş (2014). Kadın cinsel işlev bozuklukları. Psikiyatride güncel;4(4):339-346.
5. Yılmaz E (2007). Cinsel sorunlar ve tutumlar üzerine bir epidemiyolojik araştırma. First National Congress of Association of Cognitive and Behavioral Therapy Abstract Book, İstanbul. s80.
6. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal bozuklukların Tanısal ve sayımsal elkitabı, beşinci baskı (DSM 5), Tanı ölçütleri başvuru el kitabından, çev. Yay. Yön. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014
7. CETAD (Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği) (2007). Cinsel Yaşam ve Sorunlu Bilgilendirme Dosyası, İstanbul.

Alzheimer hastalığı

Prof. Dr. İsmet Melek

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Hatay

Klinik bulgular

AH'nin klinik özelliklerinin bilinmesi tanı ve takibi açısından önemlidir. Çoğunlukla 65-70 yaşında başlayan, yavaş ilerleme gösteren, insi başlangıçlı bir hastalıktır. Epizodik bellek, dil, isimlendirme, görsel-uzaysal ve yürütücü işlevlerde ilerleyici yıkım ile karakterize bir hastalıktır.

AH'de nörodejenerasyonun klinik belirtilerden 20- 30 yıl önce başladığı düşünülmektedir. Bu preklinik evrede plak ve yumakların yoğunluğunun artışı ile birlikte ilk belirtiler ortaya çıkmaktadır. Bu evre sıklıkla hafif bilişsel bozukluk (HBB) olarak adlandırılır. Hastaların hafıza kaybı yaş ve eğitime göre düzenlenmiş özel testlerle saptanmaktadır. HBB etyolojik olarak heterojen bir kavramdır. HBB olan birçok hasta, AH'nin prodromal döneminde, normal bir yaşlanma sürecinin başlangıcında ya da vasküler demans olarak karşımıza çıkabilmektedir. Bellek yıkımı ön planda olan HBB'nin normal yaşlanma süreci ile AH arasında geçiş dönemi olabileceği düşünülmektedir. HBB olan hastaların, AH'ye dönüşme oranı %10-15'dir.

AH'de en sık yeni bilgileri hatırlama yeteneğinde azalma görülür. Dejenerasyonun artışı ile birlikte hastalarda farklı bulgular ortaya çıkmaktadır. Hastaların hafif evreden orta ve şiddetli evreye ilerleme süreçleri farklılık göstermektedir. Hastalık ilerledikçe bilişsel ve fonksiyonel yeteneklerde azalma meydana gelmektedir.

İlerlemiş AH'de, hastalar yıkanma, giyinme, yemek yeme gibi günlük yaşam aktivitelerini devam ettirebilmek için yardıma ihtiyaç duyarlar. Hastalığın son aşamasında ise çevresinde sevdikleri kişileri tanıyamayabilir ve yatağa bağımlı hale gelebilirler. Hareket kısıtlılığının artması ile birlikte Alzheimer hastaları pnömoni gibi enfeksiyonlara karşı daha savunmasız hale gelirler. AH'de vasküler hastalıkların varlığı ölüm riskini artırabilmektedir. En sık ölüm sebebi ise pnömonidir.

Preklinik Alzheimer hastalığı

Bu evrede, hastalarda henüz hafıza kaybı olmadan, beyin, serebrospinal sıvı ve/veya kanlarında hastalığın erken dönem belirtilerini gösterebilecek ölçülebilir değerler saptanabilmektedir. Bu preklinik veya presemptomatik evre AH'de hastalık belirtileri ortaya çıkmadan 20 yıldan daha fazla süre önce, beyinde değişiklikler ortaya çıkabilmektedir.

Alzheimer hastalığı öncesi hafif bilişsel bozukluk

HBB olan hastaların bilişsel yeteneklerinde kendileri, aileleri ya da arkadaşları tarafından fark edilebilen hafif, fakat testler ile tespit edilebilir değişiklikler olmasına rağmen bunlar hastaların günlük yaşam aktivitelerini etkilememektedir. Bu hastalar global yıkım ölçeğinde 2 veya 3 puan az alırlar. Çalışmalarda 65 yaş ve üzeri hastalarda %10-20 oranında HBB saptanmıştır. HBB olan hastaların %15'inin demans geliştirebilme riskinden dolayı doktora kontrole gittiği tahmin edilmektedir. Kontrole giden hastaların yaklaşık yarısında 3-4 yıl içinde demans gelişmektedir. Tahmini rakamlar kaygıları sebebi ile doktora gitmeyen toplumdaki örneklemeden seçilmiş HBB olan hastalarda daha yüksek oranda saptanmıştır. Bu hastalar için ilerleme hızı yılda %10'a kadar ulaşmaktadır. Ayrıca bilişsel yetilerde azalma bellek yıkımı ön planda olan HBB olan hastalarda, olmayanlara göre daha belirgindir. Bir yıl süresince HBB'si olan hastalara bakıldığında bilişsel olarak stabil oldukları hatta bellek yıkımı olmayan hastalarda bilişsel yetilerde düzelme olduğu gözlenmiştir. HBB'si olan hastaların neden bazılarında demans gelişip, bazılarında gelişmediği henüz net değildir. Bu hastalarda da demans bulguları gelişmeye başladığında aslında HBB'nin ayrı bir dönem olmadığı, demansın erken evresi olduğu düşünülmektedir. Yeni kriterler HBB olan hastalarda AH geliştirme riski yüksek olanları ortaya çıkarabilmek için, hastaların beyinlerinde patolojik değişiklikler olup olmadığını test eden biyokimyasal testlerin gerekliliğini savunmaktadır. Eğer beyinde, serebrospinal sıvıda ya da kanda AH ile ilgili patolojik süreçlerin varlığı tespit edilebilirse, bu durumun AH'nin demans dönemini düşündürdüğü bildirilmektedir.

Alzheimer hastalığının demans dönemi

Bu evre AH'nin neden olduğu günlük yaşam aktivitelerini etkileyen bellek, dikkat ve davranışsal bozukluklar ile karakterizedir. Pratik açıdan hastalığı hafif, orta ve ileri evre olmak üzere 3 döneme ayırabiliriz:

Hafif evrede yakın bellek bozukluğu ve yeni bir bilginin öğrenilmesinde güçlük önemli bir özelliktir. Eşyaların yerlerini karıştırmak, konuşmaların tekrarlanması, isim unutkanlıkları, soruların tekrar tekrar sorulması, alışveriş listesinin unutulması, yemek yaparken tencerenin ocakta unutulması, anahtarın evde unutulup dışarı çıkılması, konuşurken kelime bulma güçlükleri, bulaşık makinesi, cep telefonu gibi kullanımı, kısmen de olsa, karmaşık olan cihazların kullanımının öğrenilememesi, varsa hobilerin gerçekleştirilmesinde güçlükler hastalığın bu evresinin genel özellikleridir. Yeni bir bilgi öğrenme kapasitesi çok kısıtlı hale gelmiştir. Yer-yön bulma güçlüğü çok belirgin değildir. Akıl yürütme becerileri etkilenmiştir. Davranışsal sorunlar pek görülmez. Bu evrede yakınmalar günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilese de bağımsızlık korunmuştur. Sosyal aktiviteler katılımda, kişisel bakımda sorun yaşanması beklenmez. Nörolojik muayenede patolojik bulgu saptanmaz. Mental muayenede belleğin kayıt fazı genellikle korunmuş, geri çağırma ve tanıma fazı bozulmuştur. Dikkat ve planlama, akıl yürütme bozukluğu şeklinde hafif yürütücü işlev bozukluğu yanı sıra kelime bulma güçlüğü ile karakterize dil bozukluğu saptanabilir. Yakınmaların farkında olan bazı hastalarda reaktif depresyon gelişebilir..

Orta evrede, başlangıç belirtilerinin ağırlaşması ve günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlığın, çoğu işlevde, kaybı söz konusudur. Yeni bir bilgi öğrenme tamamen durmuştur. Var olan bilgi de, geriye dönük bir kronolojik seyirle, kaybolma sürdürmektedir. Ev dışında tek başlarına dolaşamazlar. Dışarı çıktıklarında kaybolmalar görülebilir. Alışveriş, parasal işleri çekip çevirmede ciddi sorunlar yaşanır. Giyinme-soyunma, elbise değiştirme, banyo yapma ya da zamanlamasına karar vermede, tuvalet gereksinimlerinin karşılanmasında ciddi yardım gerekir. Yemek yerken döküp saçma görülebilir. Dışel işlevlerdeki bozulmalar, tutarlı bir sohbeti sürdürmeyi olanaksız kılacak düzeye ulaşmıştır. Zaman oryantasyon bozuklukları, gece-gündüz ayrımının bozulması, hava kararmasının hemen ardından yatmaya gitme davranışı baş göstermiştir. Bu evrede psikiyatrik belirtiler de ortaya çıkar. Ajitasyon, yerinde duramama, kendiliğinden ya da yemek yerken yahut banyo-tuvalet sırasında yardım ederken yardımcıya fiziksel müdahale, suçlayıcı davranışlar, şüphecilik başlıca belirtilerdir.

İleri evrede, hastanın en temel günlük yaşam aktivitelerini dahi sürdürmeleri bir başkasının yardımını gerektirmektedir. Beslenme, yıkanma, giyinme tamamen bağımlı hale gelmiştir. Sosyal ortamlara çıkarmakta da sorunlar olabilir. Zihinsel işlevler en alt düzeye iner; bellekte sadece parçacıklar kalmıştır. Yakın akrabalarını gördüğünde tanıyamaz. Hatta hasta aynada kendisini bile tanıyamayabilir. Konuşmaları anlamsız kelimeler ya da sesler çıkarma düzeyindedir. Niyetlerini ifade etmeleri neredeyse olanaksızlaşır. Sfinkter kusuru belirgindir. Sıklıkla bezlenmeleri gerekir. Tekrarlayıcı, amaçsız motor davranışlar ortaya çıkabilir. Evrenin sonuna doğru hastalar yatağa bağımlı hale gelirler. Fokal nörolojik muayene bulguları gelişebilir. Miyokloni, refleks canlılığı, ekstrapiramidal bulgular, epileptik nöbetler bu evrede olağandır. Yatak yarası enfeksiyonları, akciğer embolisi veya enfeksiyonu, üriner enfeksiyon, beslenme bozukluklarının yarattığı komplikasyonlar başlıca ölüm nedenlerini oluşturur.

Tanı

Kesin Alzheimer tanısı, biyopsi veya otopside alınan doku incelemesi ile patolojik olarak konabilir. Klinikte konulan tanı olası Alzheimer hastalığı tanısıdır. Bununla birlikte, hasta öyküsü, fizik ve nörolojik muayene, nöropsikolojik testler, görüntüleme yöntemleri, ve laboratuvar incelemeleri ile yüksek oranda (%85-90) doğrulukla klinik tanı koymak mümkündür.

Öykü

Tanıda çok önemli yeri olan hikaye, bazen tek başına tanının düşünülmesine aracı olur. Hikaye hasta ve güvenilir bir hasta yakınının da sorgulanmasını içermelidir. Hasta başlangıçta mevcut kognitif yıkımın farkında olmayabilir veya ileri dönemde defisitler kişinin öykü vermesini engelleyebilir. Hasta yakını ise hastanın kognitif ve fonksiyonel yeteneklerini geçmişle, objektif olarak karşılaştırma avantajına sahiptir. Bu nedenle hasta yakını temelli anketler veya yapılandırılmış değerlendirme formları en az nöropsikolojik test bataryaları kadar değerli sonuçlar verebilmektedir.

Hastanın hastalık öncesi kognitif ve davranışsal durumu, eğitimi ve mesleki performansı, sosyal yaşantısı, ev işleri ve evdeki sorumlulukları gibi bilgiler ve bunlarda zaman içinde ortaya çıkan değişiklikler sorgulanmalıdır. Amerikan Geriatrik Psikiyatri Derneği, Alzheimer Derneği ve Geriatri Derneği tarafından demansı telkin edecek uyarıcı bulgular hakkında bir konsensus raporu yayınlanmıştır. Bu raporda; aynı bilgi veya soruları tekrarlama, yakın zamanda geçen konuşma veya yaşanan olayları hatırlamakta zorlanma, randevuları unutmama, kompleks düşünce veya performans gerektiren yemek yapmak veya bütçeyi ayarlamak gibi işlerde zorlanma, beklenmedik bir problem ortaya çıktığında üstesinden gelebilme, araba kullanma, tanıdık mekanlarda yolunu bulabilme, eşyaların yerlerini şaşırma veya yanlış yerleştirme, söylemek istediklerini ifade etmekte veya konuşmaları takip etmekte zorlanma, kişilik özelliklerinde veya davranışlarında değişme sorgulanması önerilen konulardır. Eğer hasta halen çalışıyorsa işyeri performansında düşme, sosyal ilişkilerde problemler sorulabilir. Giyinme, banyo yapma gibi kişisel bakım ve hijyen ile ilgili fonksiyonlar, üriner kontrol ve gaita kontrolü, yürüme gibi bazal fonksiyonlar da hastalığın ilerleyen evrelerini belirlemede önem taşır.

Demanslı hastanın öyküsü sırasında özgeçmişi içinde belirli genel tıbbi, nörolojik, psikiyatrik ve toksik özelliklerin soruşturulması önemlidir. Genel medikal özgeçmiş içinde sekonder demans nedeni olabilen veya komplikasyon yaratan komorbid durumlar araştırılmalıdır: vasküler risk faktörleri, endokrin-metabolik bozukluklar, kronik enfeksiyonlar, sistemik otoimmün-inflamatuvar hastalıklar, sistemik neoplazi, genel anestezi alınan cerrahi girişimler kaydedilmelidir. Hastanın aile hikayesi alınmalı ve ailede nörodejeneratif hastalıkların varlığı öğrenilmelidir. Birinci derece akrabalar arasında özellikle demans, depresyon ve Parkinson hastalığının mevcudiyeti sorulmalıdır.

Fizik ve nörolojik muayene

Alzheimer hastalarının fizik ve nörolojik muayenesi başlangıçta kognitif bozukluk dışında, normal sınırlar içindedir. Ekstrapiramidal bulgular, yakalama, emme gibi primitif refleksler, yürüme ve denge bozukluğu, miyoklonus gibi bulgular ender olup hastalığın son devrelerinde ortaya çıkar.

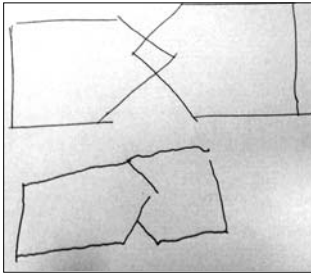
Mental durum muayenesi

Mental durum muayenesi ile oryantasyon, dikkat, yakın hafıza, uzak hafıza, lisan, yürütücü fonksiyonlar, yapılandırma, görsel-uzaysal işlevler, gnozi, praksi gibi kognitif fonksiyonlar kısaca araştırılır. Bu amaçla klinikte kullanılan standardize tarama testleri arasında Kısa Mental Durum Muayene (MMSE) Testi, en yaygın olarak kullanılandır. 1975 yılında Folstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu kısa tarama testi On bir sorudan oluşur ve 30 puan üzerinden değerlendirilir. Tamamlanması yaklaşık 10 dakika sürer. Yirmi dört-otuz puan arası normal, 18-23 puan arası hafif demans, 17 puan ve altı ciddi demansla uyumludur. Oryantasyon, hafıza, dikkat, hesaplama, hatırlama, lisan, motor fonksiyon ve algılama, visyospasijel yetenekleri test eder. Kolay ve hızlı uygulanabilir oluşu en büyük avantajıdır.

Yalancı negatif ve yalancı pozitif olduğu durumları bilmek gereklidir. Hafif kognitif bozukluk, ilerlemiş kognitif bozukluk, frontal lob demansı, eğitim düzeyi düşük olanlar ve iyi dil bilmeyenlerde yalancı pozitif sonuç; eğitim düzeyi yüksek olanlarda yalancı negatif sonuç alınabilir. Ancak; test sonuçlarının yaş, eğitim, etnik grup, lisan gibi çeşitli faktörlerden etkilenebileceği unutulmamalıdır. Bu testler belirgin hale gelmiş demansta kullanışlı olup, erken dönemdeki belli belirsiz kognitif değişikliklerle ileri dönemlerde ortaya çıkan geç değişiklikleri araştırmakta duysızdır.

Hastaya standardize MMSE uygulaması esnasında bir kağıt, kalem ve silgi verilerek şekli gösterilen birbiri içine geçmiş iki beşgeni kopya etmesi istenir. 1 dakika süre tanınır. Beşgenlerin kenar sayılarının tam olmasına dikkat edilir ve 30 puanlık toplam testin bir puanı buradan verilir.

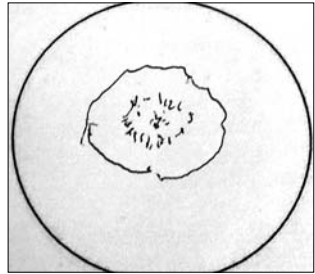
Saat çizme testi de yaygın olarak kullanılan testlerden biridir. Demansın erken evrelerinde ilk bozulan testlerden biri olarak kabul edilmektedir. Hastadan saat çizmesi, içine sayıları yerleştirmesi ve söylenen zamanı işaretlemesi istenir. Konstrüksiyonel praksi, anlama,



Şekil 1. Bozulmuş şekil kopyalama testi



Şekil 2. Bozulmuş saat çizme testi



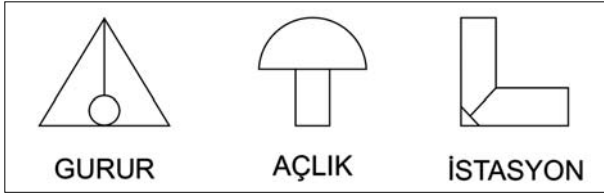
Şekil 3. İleri derecede bozulmuş saat çizme testi

planlama yeteneğini test eder. Altı puan üzerinden değerlendirilir. Dört puanın altı bozulmuş kognitif fonksiyonla uyumludur. Puanlandırılması aşağıdaki gibi yapılmaktadır:

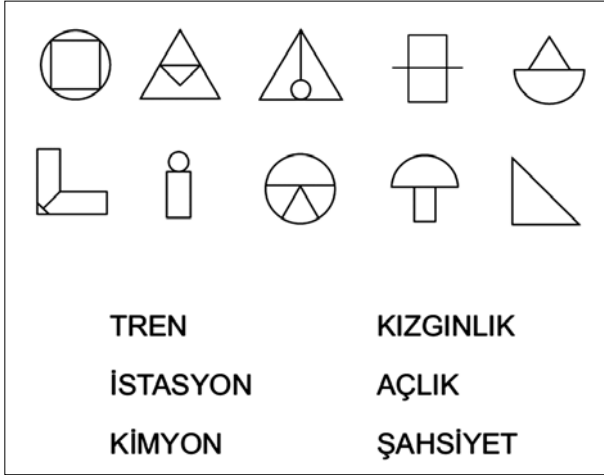
- Doğru yere 12 yazılmış: 3 puan,
- 12 sayıyı da yazmış: 1 puan,
- Akrep ve yelkovan çizilmiş: 1 puan,
- Söylenen zaman doğru işaretlenmiş: 1 puan.

Saat çizme testinin avantajları kısa ve çabuk uygulanması ve negatif prediktif değerinin yüksekliğidir. Dezavantajları ise puanlamanın subjektif olması ve yalancı negatifliğinin yüksek olmasıdır.

Kısa sürede hafıza ve bilişsellik tarama testleri arasında, hafıza, öğrenme, gecikmeli geri çağırma ve tanıma alanlarını değerlendiren 3 Kelime-3 Şekil Testi (Three Words Three Shapes) testi de uygulanabilir



Şekil 4. 3 Kelime-3 şekil testi



Şekil 5. 3 Kelime-3 şekil testi

Tek başına test sonuçları ile demans tanısı konması, demansın etiyolojisinin belirlenmesi veya çok erken evre demansın ilk değerlendirilmede tanınması mümkün değildir.

Laboratuvar tetkikleri

Günümüzde Alzheimer hastalığı kesin tanısı için henüz geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış bir laboratuvar tetkiki (veya “marker”) bulunmamaktadır. 2001 yılında Amerikan Nöroloji Akademisi tarafından yayınlanan rehberde Alzheimer hastalığı ayırıcı tanısı için rutin olarak kullanılması önerilen laboratuvar yöntemleri de şunlardır: Tam kan sayımı, Serum elektrolitleri, Glukoz, BUN, kreatinin, Serum B12 düzeyi, folat, Karaciğer fonksiyon testleri ve Tiroid fonksiyon testleridir. Bu laboratuvar testleri, demans tablosuna yol açabilecek bir çok metabolik ve sistemik hastalığın ayırıcı tanısına veya komorbiditelerin belirlenmesine yardımcıdır.

Görüntüleme yöntemleri

Nörolojik görüntüleme yöntemleri Bilgiyarlı Tomografi (CT) ve Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRG), tedavi edilebilir subdural hematoma, intrakranial tümör, normal basınçlı hidrosefali, iskemik vasküler hastalık gibi nedenlerin ekarte edilmesine yardımcı olur. Ayırıcı tanıda yer alan çoğu potansiyel tedavi edilebilir demans etyolojisi CT’de görülebilecek büyük lezyonlarla ilişkili olduğundan kontrastsız bir CT yeterli görülebilir. Ama küçük enfarktılar, periventriküler veya derin beyaz cevher hasarı, hipokampal atrofi gibi değişiklikler MRG ile daha iyi ortaya konabilir. Son yıllarda, amiloid birikiminin görüntülenmesine yönelik MRG ve PET çalışmaları sürmektedir. Yakın zamanda ‘Pittsburg Compound-B’ (PIB) olarak bilinen amiloid işaretleyici bir molekül yardımıyla amiloid plaklarının “in vivo” PET görüntülenmesi başarılmıştır.

Biyokimyasal biyomarkerlar: Alzheimer hastalığının patolojik göstergeleri olan senil plaklar ve nörofibriller yumaklar temel olarak protein, A β ve tau birikimlerinden oluşurlar.

Birçok araştırmada Alzheimer hastalarında BOS’da azalmış A β (özellikle A β 42), artmış tau ve p-tau düzeyleri saptanmıştır.

Tedavi

AH’nin kesin tedavisi yoktur. Günümüzde kullanılan tedaviler hastalığın belirtilerini ortadan kaldırmaya yöneliktir.

Güncel tedavi, hastalık sürecinde kolinerjik innervasyon kaybı olması gerçeğinden hareket ederek, kolinerjik rezervin desteklenmesine dayanmaktadır. Bu amaca yönelik olarak asetilkolinesteraz inhibitörleri (donepezil, rivastigmin ve galantamin) tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır. Kolinesteraz inhibitörlerine ek olarak NMDA reseptör antagonisti memantin de AH tedavisinde kullanılır. Memantin, aşırı glutamaterjik uyarımla hücreyi apoptoza götüren süreci baskılayarak etki gösterdiği varsayılmaktadır.

Asıl nöropatolojik sürecin devam etmekte olduğu göz önüne alınırsa bu ilaçların sınırlı klinik etkileri olacağı açıktır. Gözlemler de bu düşüncüyü doğrular niteliktedir.

AH seyrinde, orta ve ileri evrelerde mood değişiklikleri ve/veya psikotik belirtiler gibi psikiyatrik sorunlar da sıklıkla baş gösterir. Bu durumlarda antidepresan ya da antipsikotik ilaçlardan yararlanılabilir. Fakat her psikiyatrik belirtide ilaç tedavisinin gerekmebileceği, hasta veya çevresindekiler için kısıtlayıcı ya da tehlike yaratan durumlar söz konusu olduğunda ilaca başvurulmasının daha uygun olacağı unutulmamalıdır{Waldemar, 2007 #556}.

Kaynaklar

1. Forstl H, Kurz A. Clinical features of Alzheimer's disease. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 1999;249(6):288-90.
2. Lopez OL, Becker JT, Klunk W, Saxton J, Hamilton RL, Kaufer DI, et al. Research evaluation and diagnosis of possible Alzheimer's disease over the last two decades: II. *Neurology*. 2000;55(12):1863-9.
3. Lopez OL, Jagust WJ, DeKosky ST, Becker JT, Fitzpatrick A, Dulberg C, et al. Prevalence and classification of mild cognitive impairment in the Cardiovascular Health Study Cognition Study: part 1. *Archives of neurology*. 2003;60(10):1385-9.
4. Roberts RO, Geda YE, Knopman DS, Cha RH, Pankratz VS, Boeve BF, et al. The Mayo Clinic Study of Aging: design and sampling, participation, baseline measures and sample characteristics. *Neuroepidemiology*. 2008;30(1):58-69.
5. Hanninen T, Hallikainen M, Tuomainen S, Vanhanen M, Soininen H. Prevalence of mild cognitive impairment: a population-based study in elderly subjects. *Acta neurologica Scandinavica*. 2002;106(3):148-54.
6. Manly JJ, Tang MX, Schupf N, Stern Y, Vonsattel JP, Mayeux R. Frequency and course of mild cognitive impairment in a multiethnic community. *Annals of neurology*. 2008;63(4):494-506.
7. Ganguli M, Snitz BE, Saxton JA, Chang CC, Lee CW, Vander Bilt J, et al. Outcomes of mild cognitive impairment by definition: a population study. *Archives of neurology*. 2011;68(6):761-7.
8. 2012 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*. 2012;8(2):131-68.
9. Jalbert JJ, Daiello LA, Lapane KL. Dementia of the Alzheimer type. *Epidemiologic reviews*. 2008;30:15-34.
10. Kinkingnehun S, Sarazin M, Lehericy S, Guichart-Gomez E, Hergueta T, Dubois B. VBM anticipates the rate of progression of Alzheimer disease: a 3-year longitudinal study. *Neurology*. 2008;70(23):2201-11.
11. Folstein MF, Folstein JE, McHugh PR. "Mini Mental State" a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189-98.
12. Weintraub S, Peavy GM, O'Connor M, Johnson NA, Acar D, Sweeney J, et al. Three words three shapes: A clinical test of memory. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*. 2000;22(2):267-78.
13. Kudiaki C, Aslan A. The Three Words-Three Shapes test: normative data for the Turkish elderly. *Archives of clinical neuropsychology: the official journal of the National Academy of Neuropsychologists*. 2007;22(5):637-45.
14. Waldemar G, Dubois B, Emre M, Georges J, McKeith IG, Rossor M, et al. Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline. *European journal of neurology: the official journal of the European Federation of Neurological Societies*. 2007;14(1):e1-26.

Adli tip kurumu: tarihçe ve organizasyon

Doç. Dr. Mustafa Solmaz

İstanbul Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Ülkemizde Adli Tıpla ilgili ilk düzenleme, 1839 yılında Mekteb-i Tıbbiyye-i Şahane'nin eğitim programı içinde Tıbbi Kanuni (Adli Tıp) ismi altında yer verilmesiyle başlamıştır. 1917 yılında, Adli Tıp örgütü Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü'nden ayrılarak Adalet Bakanlığı'na bağlanmıştır ve 225 sayılı kanunla Adli Tıp Müessesesi ve Meclisi kurulmuştur. 19.02.2003 tarih, 4810 sayılı Kanun'la değişik, 14.04.1982 tarih ve 2659 sayılı Kanun'la Adalet Bakanlığı'na bağlı olarak kurulmuştur. Görevi kısaca; mahkemeler ile hakimlikler ve savcılıklar tarafından gönderilen adli tıpla ilgili konularda bilimsel ve teknik görüş bildirmektir. Adli Tıp Kurumu organizasyonunda; Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Adli Tıp Başkanlar Kurulu, Adli Tıp Genel Kurulu, Adli Tıp İhtisas Kurulu ve Adli Tıp İhtisas Dairelerinden oluşan Merkez Teşkilatı ile Adli Tıp Kurumu Grup Başkanlıkları ve Adli Tıp Şube Müdürlüklerinden oluşan Taşra Teşkilatı bulunmaktadır. Her bir ihtisas kurulu, bir başkan, adli tıp uzmanı olan iki üye ile sayısı ve uzmanlık alanları her bir kurul için ayrı ayrı belirlenmiş olan diğer üyelerden oluşmaktadır. Birbirinden farklı üyeleri ve görev dağılımı olan 6 Adli Tıp İhtisas Kurulu vardır. Psikiyatriyle ilgili kurullar 4. İhtisas Kurulu, 6. İhtisas kurulu ve Gözlem İhtisas Dairesidir. Gözlem İhtisas Dairesinin görevi ise mahkemeler ve hakimlerce gözleme tabi tutulmasına karar verilen kişileri gözleme tabi tutmak ve gözlem sonucunu bir raporla tespit etmek olarak tanımlanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Adli Tıp, İhtisas Kurulu, Gözlem Dairesi, Psikiyatri

Kaynakça

1. Balcıoğlu İ, Başer SZ (2008) Hekimlerin Karşılaştığı Adli ve Psikiyatrik Problemler. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar, Sempozyum Dizisi No: 62, S: 41-48.

TRSM uygulamalarında işlevsellik ve engellilik alanlarının belirlenmesi; bakım ihtiyaçları planlama

Hasan Karadağ

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

Şizofreni tedavisinde güncel yaklaşım farmakolojik tedavinin psikososyal tedavilerle desteklenmesidir. Başlıca psikososyal tedaviler; bireysel tedavi, destekleyici tedavi, ruhsal eğitim, grup tedavisi, toplumsal beceri eğitimi, bilişsel davranışçı tedavi ve aile tedavisidir. Psikiyatrik rehabilitasyonda uygulanan psikososyal tedaviler ruhsal rahatsızlığa bağlı yeti yitimi bulunan bireylerin, çevreleri içinde kendilerinden beklenen rollere uyum sağlamak için gereken becerileri kazandırarak işlevsellik ve yaşam kalitelerini iyileştirmek hedeflenmektedir.

Şizofreni tanılı bireylerde hastalık belirtileriyle birlikte işlevsellik ve engellilik alanlarında da değerlendirme yapılması günlük pratik içerisinde yer almalıdır. Yetiyitimi (disability), bir aktiviteyi normal kabul edilen sınırlar içinde gerçekleştirmedeki kısıtlılık ya da yetersizlik olarak tanımlanır (örneğin; felç sonrası koşamama). Engellilik (handicap) ise toplumsal alanda yaşa, cinsiyete, sosyal ve kültürel etkenlere bağlı olarak, engellilik ve yetersizlik sonucu sosyokültürel rollerin kısıtlı oluşu ya da yapılamaması olarak tanımlanmaktadır (örneğin; sosyoekonomik engeller nedeniyle kısıtlı yaşam aktiviteleri).

Bu konuda yapılan çalışmalarda kişinin işlevsellik ve bireye özgü engellilik alanlarının saptanarak bakım ihtiyaçlarının planlanmasının yapılması durumunda olumlu sonuçlar alınabildiği vurgulanmaktadır. Toplum temelli yaklaşımlarda olgu yönetimi modeli benimsenmektedir. Hasta/danışandan sorumlu kişinin hastanın ihtiyaçlarını saptayarak ekonomik durum, barınma, sağlık, beslenme, tıbbi hastalıklar, çevreyle ilişkiler, sosyal haklar alanlarındaki gereksinimleri konusunda organizasyonu sağlaması ve diğer psikososyal tedavi bileşenleriyle ihtiyaca göre tedavi planı oluşturması beklenmektedir.

Ülkemizde uygulanmaya başlayan bu model doğrultusunda hastaların bakım ihtiyaçları, işlevsellik ve engellilik düzeyini saptama konusunda yaptığımız çalışmada; poliklinik grubuna göre erkek oranın fazla olduğu, ortalama eğitim düzeyinin 9 yıl olduğu, %78'inin hastalık yardımı almadığı, %6'sında barınma sorunu olduğu, %89'unun aileyle birlikte yaşadığı, %64'ünün işi olmadığı saptandı. Adli öykü %5'inde mevcuttu. Hastaların işlevsellik alanlarına bakıldığında poliklinik grubundan özerklik, bilişsel işlevsellik, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri açısından daha düşük puanlar aldığı; mesleki işlevsellik ve mali konularda ise benzer olduğu saptandı. Merkezimize ait yukarıdaki sonuçların da gösterdiği üzere sosyal durumun yanısıra psikososyal tedavilerin uygulanması, TRSM lerin kapasitelelerinin bu yönde geliştirilmesi gereklidir.

Şizofrenide hastalık yönetiminde sağlıklı yaşam rehberi eğitim programı

Doç. Dr. Akfer Karaoğlu Kahiloğulları

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

Şizofreni genellikle gençlik yıllarında başlayan, gidiş ve sonlanımı hastadan hastaya ve süreç içinde değişen, henüz etiyojisi tam olarak bilinmeyen ve önemli ölçüde yetiştirilmesine yol açan bir toplum sağlığı sorunudur (Öztürk ve Uluşahin 2011). Şizofrenide, bugünkü bilgilerimizle “tam iyileşme”, gerçek dışı ve düşük oranlı bir ümit olarak görülürken, sınırları ve süresi ölçülüp belirlenebilen “remisyon”, gerçekçi bir hedef olarak ele alınabilmektedir (Birsöz ve ark. 2006). Bu noktada bir yandan belirtileri, yatkınlığa yol açan etkenleri ve stresi azaltan, öte yandan psikososyal becerileri ve yaşam kalitesini iyileştiren müdahaleler şizofrenide tedavinin temel bileşenleridir ve hastalık yönetimi olarak kavramlaştırılmaktadır.

Hastalık yönetiminin temel özelliklerinden biri, yapılandırılmış eğitime (belirti tanıma, tedavi yönetimi, başatma becerileri ve alevlenme önleme) vurgu yapmasıdır. Son yıllarda etkinlik çalışmaları ile beraber bu alana ilgi artmıştır.

Sağlıklı Yaşam Rehberi Psikoeğitim Programı, şizofreni ve psikotik bozukluklar kapsamındaki hastalığı olan kişilerin hastalık yönetimi eğitimlerine yönelik geliştirilen yapılandırılmış bir psikoeğitim programıdır.

Hastalara yönelik çalışma kitapları ile sağlıklı yaşam aktivitelerinden oluşan iki temel uygulamayı içermektedir. Yapılandırılmış bu programda, hastalara ve yakınlarına yönelik çalışma kitapçıkları, tedavi ekibine yönelik kolaylaştırıcı-uygulama kılavuzları, eğitimde kullanılacak video ve broşür gibi yazılı-görsel materyaller yer almaktadır. Sağlıklı Yaşam Rehberi Psikoeğitim Programının uygulamaları sırasında bireysel bakım planı doğrultusunda kullanılacak sağlıklı yaşam aktiviteleri kitapçıklarının kullanımına yönelik geliştirilen “Sağlıklı Yaşam Aktiviteleri Uygulama Kılavuzu” 4 ana bölüm içermektedir:

- Sağlıklı Beslenme ve Alışveriş modülü 4 bölümden oluşmaktadır.
- Sigarayı Bırakma Modülü 3 bölümden oluşmaktadır.
- Fiziksel aktivite ve egzersiz uygulama modülü 3 bölümden oluşmaktadır.
- İletişim Becerileri ile İlişkiler ve Cinsellik bölümlerinden oluşmaktadır.

Kaynaklar

1. Birsöz S., Işık E., Yargıç İ., Savaş H., Işıklı H. (2006). Şizofrenide remisyon hayal mi hedef mi? Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 16(2), 128-32
1. Öztürk O., Uluşahin A (2011). Ruh sağlığı ve Bozuklukları, 11. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitabevi,

Psikiyatride somatik hastalıklar: felsefik bakış

Yrd. Doç. Dr. Alper Evrensel

Npistanbul Nöropsikiyatri Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Psikiyatrik bozukluklar sıklıkla bedensel belirtilerle yansır. Bununla beraber neredeyse bütün bedensel hastalıklara ruhsal belirtiler eşlik eder. Bedensel hastalıkların etiolojisinde ruhsal işlev bozukluklarının ve stresin yattığını savunanlar da çoğunluktadır. Modern bilim, beyin dâhil tüm beden işlevlerini ayrıntılarıyla anlamış olsa da henüz aydınlanmamış alanlar bulunmaktadır. Felsefi yanıtlar, varlığı ve insanı anlamaya çalışırken bu karanlık alanlara ışık tutabilir. “Ruh-beden” sorunu en az 2500 yıldır hekimleri ve filozofları düşündürmektedir. İnsanın biri maddî cevher olan beden, diğeri madde-dışı cevher olan ruh olmak üzere iki ayrı cevherden mi, yoksa sadece maddî ya da sadece madde-dışı cevherden mi oluştuğu sorunu felsefenin önemli tartışma konularından biridir. Bunun yanında asıl sorunun bu olmadığını, cevherden önce daha temel bir varoluş sorununun olduğunu savunanlar da vardır.

Bu sunumda Antik Yunan’dan günümüze, varlık, insan ve onun bedensel sorunları zihin-beden ve özne-nesne perspektifi üzerinden, atomizm (atomculuk), materyalizm (maddecilik), idealizm (ruhçuluk), rasyonalizm (akılcılık), düalizm (ikicilik), monizm (tekçilik) ve egsiztansiyalizm (varoluşçuluk) açılarından ele alınarak tartışılacaktır.

Konsültasyon liezon psikiyatrisinde yas ANEAH

Doç. Dr. Çiğdem Aydemir

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

Yas; önem verilen bir kişi, durum ya da nesneden ayrılığa ya da bunlardan birinin kaybına verilen tepkidir. Yaşamın içinden gelir. Doğaldır ancak bir o kadar da karmaşık bir süreçtir. Yas tutan kişilerde fiziksel, duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkiler oluşur. Sistemik açıdan bakıldığında kronik ve ölümcül hastalık, terminal dönem aile sistemin bir parçası olarak hastayı etkilediği kadar yakınlarını da etkiler. Ağır hastalıkla yüzleşen aileler bir yandan stabilitelerini korumaya çalışırken bir yandan da değişen dengelere göre organize olmaya çalışırlar. Her bir aile; etnik özellikler, sosyal sınıf, din, ve sosyal çevrenin de etkisi ile oluşmuş kendine has kültürel bir sistemdir. Hastanın hastalığa tepkisi yakınlarının deneyimlerini, yakınların tepkisi ise hastanın hastalık deneyimini etkiler. Ağır hastalık ve olası kayıp karşısında her bir sistem kendi özelliklerine göre tepki verirken bir yandan da, ailenin gelişimsel düzeyi, yapısı, hastalık karşısındaki inanışları ve tedavi sistemi ile ilişkileri bu tepkinin şeklini etkiler.

Yas tepkisi bir kaybın arkasından görülebildiği gibi kayıp henüz oluşmadan da ortaya çıkabilir. Beklentisel yas hasta ve yakınları tarafından beklenen ölümün yaklaşmasının fark edilmesi karşısında yaşanan duygusal, bilişsel, kültürel ve sosyal tepkilere verilen isimdir. Pek çok özellik açısından kayıp sonrası oluşan yas ile benzerlik gösterir. Konsültasyon liyezon psikiyatrisinde ekibin çalışması gereken bir konu da beklentisel yastır. Ani ölüm karşısında oluşan yastan farklılıklar gösterir, Ölümden sonra oluşan yasin başlangıç evresi olmadığı gibi sonraki yasin süresini de kısaltmaz.

Normal yas pek çok araştırmacı tarafından basamaklara ayrılmıştır. Bunlardan en bilineni inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme aşamalarını içeren Elisabeth Kubler Ross'un yapmış olduğu tanımdır.

Pratikte takip edilen hasta ve hasta yakınlarında doğal yas reaksiyonu görülebileceği gibi komplike yas reaksiyonları da ortaya çıkabilir. Bu tür reaksiyonlar normal yas reaksiyonundan ayrıldıkları özellikleri ile sınıflanırlar. Örneğin; inhibe yas, gecikmiş yas reaksiyonu, Uzamış(kronik) yas, atipik yas reaksiyonu gibi. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi çalışanları pratikte gerek hastalarda gerekse yakınlarında ortaya çıkan yas tepkimeleri ile en az diğer hastalıklar ve sorunlar kadar karşılaşacaklardır.

Psikojenik nöbetler ve somatizasyon

Doç. Dr. Medine Yazıcı Güleş

İstanbul Erenköy Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Konversiyon Bozukluğu (KB), klinisyenlerin uzun yıllardır bildiği, hastaların çok azının psikiyatri kliniklerine başvurduğu ve sık acil başvurularına neden olan bir bozukluktur. Terim olarak içsel çatışmalardan kaynaklanan distress ile baş etmek için, çatışmanın dönüştürülerek sembolik olarak temsil edildiği hipotezinden köken almaktadır. KB halen tanımlanması ve sınıflandırılması ile ilgili problemleri barındıran bir hastalıktır. Bu konuda farklı fikirler olmakla birlikte hastalığın, heterojen bir hastalık kümesi olduğu düşünülmektedir. Sınıflandırmalarda, psikolojik etmenlerin varlığı konusu halen tartışmalı bir durum olup, tıbbi olarak açıklanmayan, psikiyatrik olarak açıklanmış olma anlamına gelmeyeceği öne sürülmüş ve tanısal geçerliğin düşük seviyede olduğu gösterilmiştir. Genel olarak genetik ve erken dönem örseleyici olayların somatik bir dile dönüştüğü bir tablo olarak tanımlanabilir. Organik etioloji olmadığı söylenmesine karşın son yıllarda KB belirtileri gösteren hastalarda beyin işlevlerinde patolojik bulguların olabileceğine dair yayınlar vardır. Emosyonel stres ile tetiklenen frontal ve limbik aktivite artışının bazal ganglia-talamokortikal yollara etki ederek baskılanmaya yol açtığı ve bu sayede bilinçli duyuşsal ve motor süreci engellediği varsayımı ileri sürülmüştür. Çalışmalarda KB hastalarında, öğrenme ve bellek, sözel iletişim, yürütücü işlevler ve görsel-konumsal algı, dikkat işlevlerinde değişken düzeylerde bozulma gösterilmiştir. Nöbetler halinde görülmesi ile birlikte tekrarlayıcı olması bilindik bir özelliği iken diğer ruhsal patolojilerle de birlikteliği fazladır. KB’de çocukluk çağı travmalarının ve dissosiyatif belirtilerin önemi çok sayıda çalışma ile gösterilmiştir. Ayrıca KB’de sık görülen intihar girişimleriyle de anlamlı olarak ilişkili bulunmuşlardır. Alkol kullanımı, hastaneye yatış sayısı, depresyon, anksiyete, aleksitimi, düşük kendini yönetme ve işbirliği yapma intihar girişimleriyle ilgili diğer klinik değişkenlerdir. Dissosiyatif boyut ve alkol kullanımı konversiyon bozukluğunda intiharın öngörücülerindendir. KB ile kişilik bozuklukları sıklıkla bir arada bulunmaktadır ve KB’nin klinik görünümüyle ilişkisi gösterilmiştir. KB’de mizaç boyutunda yenilik arayışı ve zarardan kaçınma boyutlarının yüksek olduğu görülmektedir. Karakter boyutlarına bakıldığında ise kendini yönetmenin ve işbirliği yapmanın düşük olduğu gösterilmiştir. Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde borderline kişilik bozukluğu görünümüyle uyumaktadır.

Transplantasyon hastalarının değerlendirilmesi

Prof. Dr. Hakan Kumbasar, Uzm. Dr. Berker Duman

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh ve Sinir Hastalıkları, Ankara

Organ nakli, tedavisi tıbben mümkün olmayan hastalıklar nedeniyle görev yapamayacak derecede hasar gören organların yerine, canlı bir vericiden ya da kadavradan alınan organın nakledilme işlemidir. İlk solid organ nakli uygulamaları 1950'lerden başlamış ve 1980'lere kadar nadir yapılan uygulamalar arasında yer almıştır. 1980'lerden itibaren immünsüpresif tedavilerin gelişmesiyle yaygınlaşmaya başlamış ve deneysel bir yöntemden çok artık terminal dönem organ yetmezliği olan hastalarda rutin bir uygulama halini almıştır. İmmünolojik problemler kısmen aşılmış olsa da organ bağışlarının azlığı ve nakil bekleyen hastaların çokluğu hastalarda ve hasta yakınlarında halen ciddi strese neden olmaktadır. Bağışlanan organ sayısının az olması nedeniyle nakil için en uygun adayların bulunmasına yönelik yoğun çaba harcanmaktadır. Ayrıca, özellikle böbrek ve karaciğer nakilleri için canlı verici de önemli bir seçenek haline gelmiştir. Solid organlar arasında en sık yapılan nakiller sırasıyla, böbrek, karaciğer, kalp, pankreas ve akciğer olarak sayılabilir. Organ nakli bir bütün olarak düşünüldüğünde alıcı-verici seçimi ile başlar ve nakil öncesi hazırlık, nakil süreci ve nakil sonrası izlem ile devam eder. Uygun alıcı ve vericilerin tespit edilmesi ve sürecin psikososyal yönlerinin yönetilmesi, içerisinde psikiyatri uzmanının da yer aldığı iyi bir ekip çalışması ile mümkündür. Psikiyatri uzmanı sadece psikiyatrik açıdan kontrendikasyon olup olmadığını bildirmez, aynı zamanda riskli sağlık davranışı olan hastaların belirlenmesinde ve tedavi uyumunun tespitinde de önemli rol oynar. Ayrıca nakil için uygun bulunan hastanın operasyon öncesi hazırlığında ve operasyon sonrası dönemde ortaya çıkacak psikososyal zorluklarda gerekli psikiyatrik desteğin sağlanması önemlidir. Nakil sonrası süreçte sadece psikososyal zorlukların değil, aynı zamanda kullanılan immünsüpresif ilaçların nöropsikiyatrik yan etkileri de iyi bilinmeli ve uygun şekilde tedavi edilmelidir. Özetle organ nakilleri, iyi sonuçların alınabilmesi için sadece cerrahi işlem olarak değerlendirilmemelidir; içerisinde psikiyatri uzmanının da yer aldığı multidisipliner ekip çalışmasıyla çok boyutlu olarak ele alınmalıdır.

Anahtar kelimeler: transplantlar, psikiyatrik yönleri, psikososyal faktörler

Kaynaklar

1. Potts S, Masterton G (2009) Transplant Psychiatry. *Psychological Medicine*, 8: 228-232.
2. Kumar BNA, Mattoo SK (2015) Organ Transplant & the psychiatrist: An overview. *The Indian Journal of Medical Research*, 141:408-416.

Sağlıklı yaşam rehberi uygulama kılavuzları: sağlıklı beslenme

Psk. Selma Ercan

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

Şizofreni olan bireylerin yaşam kalitelerinin oldukça düşük olduğu çalışmalarla desteklenmiştir. Sağlıklı olmayan yaşam tarzları, bu bireylerde ölüm riskini ve kardiyovasküler hastalıklara yakalanma riskini artırmaktadır. Şizofreni rahatsızlığına özgü olarak negatif belirtiler ve ilaç yan etkileri nedeniyle çoğu zaman bu bireyler beslenme düzenine dikkat etmemektedir. Literatürde, genel nüfusla karşılaştırıldığında, bu bireylerin aşırı yağlı, şekerli, tuzlu, daha az lifli yiyecekler ve daha az meyve sebze tükettikleri, yemek pişirme, yiyecek satın alma ile ilgili zorluklar, besin değeri az yiyecekleri tüketme, yalnız yemek yeme gibi kötü beslenme alışkanlıkları ve becerilere sahip oldukları bildirilmektedir. Sağlıklı olmayan beslenme tarzları, vitamin yetersizlikleri ve metabolik sendrom riskinin artmasına yol açmaktadır. Bu durum kişilerin hem genel sağlığını hem de ruhsal sağlığını ve tedaviye katılımını olumsuz etkilemektedir.

Dolayısıyla kronik bir ruh sağlığı problemi olan şizofrenide, medikal tedavilerin yanısıra sağlıklı yaşam davranışlarının ele alınması gerekmektedir. Sağlıklı Yaşam Rehberi içerisinde yer alan Sağlıklı Beslenme Eğitim Modülü, “Sağlıklı Beslenmenin Önemi”, “Sağlıklı Alışveriş ve Bütçe Yönetimi”, “Şizofrenide Metabolik Sendrom ve Önemi” ve “Sağlıklı Beslenme ile İlgili Bilinmesi Gerekenler ve Sağlıklı Kiloya Ulaşma Yolları” başlıklı 4 bölümden oluşmaktadır. Şizofreni olan bireylerde sağlıklı beslenme eğitimi ve bu eğitimden tedavi ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini ele alan modül, bir vaka örneği ile ele alınacaktır.

Anahtar Sözcükler: Sağlıklı beslenme, şizofreni, metabolik sendrom.

Kaynaklar

1. Barre LK, Ferron JC, Davis KE and Whitley R (2011). Healthy eating in persons with serious mental illnesses: Understanding and barriers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34, 304-310.
2. Brown S, Birtwistle J, Roe L and Thompson C (1999). The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 29, 697-701.
3. McKibbin CL, Patterson TL, Norman G, Patrick K, Jin H, Roesch S, Mudaliar S, Barrio C, O'Hanlon K, Griver K, Sirkin A and Jeste DV (2006). A lifestyle intervention for older schizophrenia patients with diabetes mellitus: A randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, 86, 36-44.
4. *Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Uzm.psikolog
5. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü Doktora Öğrencisi

Sağlıklı yaşam rehberi eğitim programı

Yaşam aktiviteleri modülü: aile ile ilişkilerin geliştirilmesi

Psk. Zeynep Taşyürek

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

Şizofreni, kişinin düşünme sürecinde güçlük yaşadığı, çevresindeki kişilerden farklı bir gerçeklik algısına yol açan karmaşık bir hastalıktır ve aile bireyleri için en fazla yük oluşturan ruhsal hastalıkların başında gelmektedir. Aileler bakım verme rolünü yerine getirirken hastalığın nedenleri ve tedavisi ile ilgili genel bilgiler, şizofreninin belirtileri ile başetme, stresle başetme, hasta birey ile iletişim kurma, hasta için boş zaman aktivitelerini planlama, sorun çözme ve hastaların yasal hakları ile ilgili bilgilere gereksinim duymaktadırlar. Yapılan çalışmalarda, genel olarak bakım yükünü azaltmada, hastalıkla baş etme yeteneği kazanılmasında, aile destek sistemini geliştirmede terapötik aile müdahalelerinin pozitif etki yaptığı görülmektedir.

Sağlıklı Yaşam Aktiviteleri Rehberi ve Uygulama Kılavuzu' nde danışan/bakımveren için destek kitapları içerisinde "Aile ve Arkadaşlar için Rehber" ve "İletişim, İlişkiler ve Cinsellik" başlıklı iki bölüm bulunmaktadır. Bu bölümlerde iletişim becerilerini arttırmaya yönelik gerek hasta gruplarına, gerekse ailelere eğitimler verilmektedir. Aileler, şizofreni hastalığı olan bireylerle ilişkilerinde kişiyi zorlamamaları, motivasyon konusunda destek olmaları, açık bir iletişimde bulunmaları, pozitif bir yaklaşım sergilemeleri hususunda desteklenmektedir. Verilen eğitim içerisinde "iletişim ve ögeleri, sen dili – ben dili, sözsüz iletişim / beden dili, empati kurma, etkin dinleme, ilişkilerde iletişim engelleri, hastalarla iletişim kurarken dikkat edilmesi gereken durumlar" başlıklı konular yer almaktadır.

Eğitimler hastalar ve ailelere ayrı olmak üzere, 7- 8 kişilik gruplar halinde verilmektedir. Modülün uygulanması 3-4 seans sürmektedir. Uygulamalar, çeşitli grup etkinlikleri ile desteklenmektedir. Hasta ve aile grupları ile uygulanan bu modül ve benzeri çalışmaların devamlılığı halinde, hasta ve yakınları arasında yaşanan iletişim güçlüklerinin azalması, bireylerin hastalıkla baş etme becerilerinin artması hedeflenmektedir.

Kaynaklar

1. Duman ZÇ ve Bademli K (2013). Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: Sistematik bir inceleme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 5, 78-94.
2. Pazvantoglu O, Sarısoy G, Böke Ö, Alptekin Aker A, Deniz Özturan D ve Ünverdi E (2014). Şizofrenide bakım veren yükünün boyutları: Hastaların işlevselliğinin rolü. Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 27, 53-60.

Sağlıklı yaşam rehberi eğitim programı: yaşam aktiviteleri modülü/ fiziksel aktivite

Hem. İlknur Küçük

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

Kronik psikiyatri hastalarının morbidite ve mortalite oranları genel nüfustan daha yüksek, yaşam beklentileri daha düşüktür. İlaç yan etkileri, sigara kullanımı, kötü beslenme, alkol, fiziksel aktivite ve özbakım eksikliği gibi yaşam tarzı davranışları nedeniyle bu hastaların fiziksel sağlığı bozulmaktadır. Kronik psikiyatri hastalarının birçoğu metabolik komplikasyonlar nedeniyle ölmektedirler.

Ağır ruh sağlığı bozukluğu olan bireylerde aktivitenin azlığı dikkati çekmektedir. Bu bireylerde azalmış fiziksel aktivitenin artmış BMI ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Fiziksel egzersiz programlarının uygulandığı çalışma sonuçlarında, bu bireylerin BMI oranlarında, psikiyatrik belirtilerinde azalma, kendilik algılarında, sosyal becerilerde ve bilişsel fonksiyonlarda iyileşme olduğu görülmüştür.

Sağlıklı yaşam aktiviteleri rehberi-fiziksel aktivite modülü

Fiziksel aktivite ve egzersiz hasta kitapçığı ile 3 bölümden oluşan uygulama modülünü içermektedir. Bu bölümler danışanlara, fiziksel sağlığına ve iyilik haline nasıl dikkat edeceklerine ilişkin destek vermek ve önerilerde bulunmak üzere hazırlanmıştır. Kitapçıkta egzersizin faydaları, yaşam tarzına yönelik sağlıklı olmalarını sağlayacak yenilikler ve fiziksel olarak aktif olmayla ilgili önerilere yer verilmektedir. Bu modülle ilişkili uygulama kılavuzunda ise toplum ruh sağlığı merkezinde olgu yöneticilerine yönelik uygulama yönergelerine yer verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Fiziksel aktivite, ağır ruh sağlığı bozukluğu, metabolik sendrom.

Kaynaklar

1. Beebe LH, Tian L, Morris N, Goodwin A, Allen SS and Kuldau J (2005). Effects of exercise on mental and physical health parameters of persons with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 661-676.
2. Taylor CB, Sallis JF and Needle R (1985). The relation of physical activity and exercise to mental health. *Public Health Rep.*, 100, 195-202.
3. Vancampfort D, Probst M, Scheewe T, Maurissen K, Sweers K, Knapen J and De Her M (2011). Lack of physical activity during leisure time contributes to an impaired health related quality of life in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 129, 122-127.
4. *Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Bölümü Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

İmpulsivite-kompulsivite spektrum

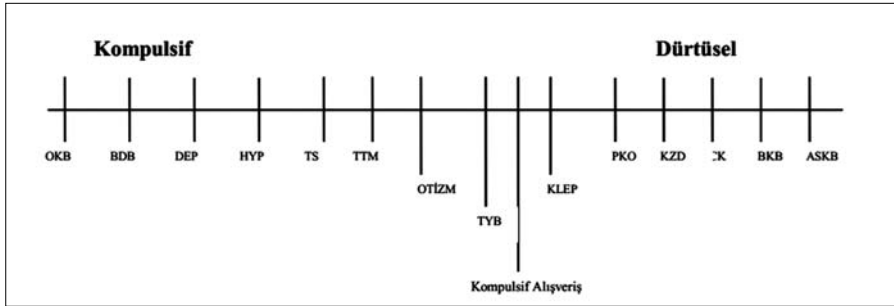
Prof. Dr. Hatice Güz

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Samsun

Dürtüsellik ve kompulsivite spektrumun zıt kutupları olarak kabul edilmekle birlikte aralarında karmaşık ilişki bulunmaktadır. Spektrumun bir ucunda tehlikelerden tamamen uzak durmak için çaba harcayan, çevreyi tehdit dolu ve riskli algılayan ve bunun sonucu doğan anksiyeteyi azaltmak için törensel davranışlar sergileyen kompulsif bireyler var iken, diğer uçta tehlikeyi yok sayan, sürekli tehlikeli davranışlarda bulunan ve yaptıkları hatalardan ders almayan dürtüsel bireyler bulunmaktadır.

Kompulsivite anksiyeteyi azaltma çabasıyla kaynaklanmaktadır, egodistoniktir ve obsesyonlar eşlik edebilir. Dürtüsellik ise haz ve ödüle yönelik çabadan kaynaklanmaktadır. Egosintoniktir ve obsesyonlar yoktur. Her ikisinin ortak yönü tekrarlayan davranışlardan kendilerini alamamalarıdır. Bu spektrumda incelenecek hastalıklar aşağıda gösterilmiştir.

Anahtar kelimeler: impulsivite, kompulsivite, spektrum, DSM-5



AN: Anoreksiya nervosa; **ASKB:** Antisosyal kişilik bozukluğu; **BKB:** Borderline kişilik bozukluğu; **BDB:** Beden dismorfik bozukluğu; **DEP:** Depersonalizasyon bozukluğu; **HYP:** Hipokondriazis; **KLEP:** Kleptomani; **OKB:** Obsesif-kompulsif bozukluk; **PKO:** Patolojik kumar oynama; **CK:** Cinsel kompulsiyonlar; **KZD:** Kendine zarar verme davranışı; **TS:** Tourette sendromu; **TTM:** Trikotillomani; **TYB:** Tıkınırcasına yeme bozukluğu

Kaynaklar

1. Berlin GS, Hollander E. Compulsivity, impulsivity, and the DSM-5 process (2014) CNS Spectrums. 19: 62 - 68
2. Grant JE, Kim SW. (2014) Brain circuitry of compulsivity and impulsivity CNS Spectrums. 19: 21 - 27
3. Bottesi G, Ghisi M, Ouimet AJ, Tira DM, Sanavio E. (2015) Compulsivity and Impulsivity in Pathological Gambling: Does a Dimensional-Transdiagnostic Approach Add Clinical Utility to DSM-5 Classification? J Gambl Stud. 31:825-847

Tehlikeli üçlü: internet, seks ve bağımlılık

Doç. Dr. Ramazan Konkan

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

İnternet artık insan yaşamının iş, eğitim ve eğlence vs. gibi bir çok kısmına da görünüşe göre geri dönüşü imkansız biçimde girmiştir. Bu yaygın biçimde giriş insanların toplumla ilişki kurması, iş, eğlence, vakit geçirme, oyun, aktivite, gruplaşma ve bilgi arama tarzları değişmiştir. Ancak bu denli yoğun kullanılan internet bir zamanlar modernleşme ve gelişimin örneği olarak verilirken zararlı kullanıma dair bildirimler gelmeye başlamıştır. Bazı kişiler gündelik hayatları, işleri ilişkileri hatta mahrem ilişkileri açısından internetin kullanımında sorun yaşamaya başlamışlardır. Bu sorunlar çeşitli adlandırılmalar altında bildirilse de en çok kabul gören anlamda internet kötüye kullanımı yada bağımlılığı tablosu ortaya çıkmıştır.

İnternetin getirdiği yaşam ve iletişim biçimi kişinin ve toplumun halen kullanmakta olduğu biçimlerde değişime neden olmuştur. Kişi daha kolay ve belkide daha eğlenceli olan yeni biçim nedeniyle daha fazla internet başında vakit geçirmeye başlamıştır. Bilgisayar ve ilintili eğlence sektörü beraberinde daha çekici, eğlenceli ve vakit tüketici aktiviteleri bu kitlelere sunmuş ve sunmaya devam etmektedir. Gerçek yaşamı beklide bütünüyle taklit eden sanal ortam oluşmaya başlamıştır. Bu gelişmelerden insanın en doğal ve en mahrem gereksinimi olan “cinselliği” de etkilenmiştir.

İnternet bağımlılığı tanımıyla eşzamanlı olarak bilim dünyasında bağımlılığın doğrudan kötüye kullanımı ile ilişkisi sorgulanmaya başlanmıştır. Örneğin internet bağımlılığı, tanımı patolojik kumar oynama ölçütleri üzerinden tanımlanmış ve bu tanımlama klinik tablolara oldukça benzer olmuştur. Doğal teşvik ediciler (yemek, seks vs.) gibi etkenlerin tıpkı bir madde bağımlılığı ile aynı nörobiyolojik mekanizmaları paylaşması da bağımlılık kavramının genişletilmesine katkıda bulunmuştur. İnternetin yaygınlaşması ve erişim kolaylıkları kişinin diğer bağımlılıklarına aracılıkta yapmaktadır (internette seks, porno, kumar vs.).

Evrimsel olarak değerlendirildiğinde yaşamın devamını sağlamak için insan beyni yaşamın devamını sağlayacak etkinlikleri ödüllendirme eğilimindedir. Ödül yolağının en önemli parçası mezolimbik dopaminerjik sistemi yemek yeme ve cinselliği kullanımını teşvik eder. Kokain, opioidler, alkol, diğer maddelere benzer biçimde beslenme, kumar oynama ve seks gibi doğal ödüllendiricilerin de aynı sistem ödül sistem üzerinden çalıştığına dair kanıtlar artmaktadır. Tıpkı yasaklı maddeler gibi seks gibi ödül sistemini uyatabilecek davranışlardaki bir alışkanlığın beyin devrelerinde değişime neden olduğu gösterilmiştir. Kokain, opiatlar gibi ödül yolağını aşırı uyaran etkenler gibi; aşırı yeme morbid obeziteye neden olurken, benzer şekilde pornografi kişinin yakın ilişkiler kurma ve sürdürme yetisini yok etmektedir.

İnternetin insan yaşamına girmesi beraberinde zararlı özgül sonuçları getirmektedir. Bu sonuçları tanıma ve ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmalar ruh sağlığı alanının önemli bir konusu olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: internet bağımlılığı, seks bağımlılığı, bağımlılık

SÖZLÜ BİLDİRİLER

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA BAĞLANMA, OBSESİF İNANÇLAR VE DUYGU DÜZENLEMENİN ETKİSİ

Sevginar Vatan¹

¹Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü, Ankara

Amaç: OKB'nin güncel modellerinde obsesif inançlar olarak adlandırılabilir işlevsel olmayan inançlar ve duygu düzenlemedeki zorluklar ve bunların ortaya çıkmasına etki edebilecek unsurlara da yer verilmiştir. Bu faktörlerden bağlanmanın özellikleri OKB belirtilerine ve OKB belirtileriyle ilişkili bilişsel inançlara etki eden gelişimsel yakınlık faktörleri olarak değerlendirilebilmektedir. Alan yazında, özellikle bağlanma ve duygu düzenleme kavramları ile yapılmış olan çalışmalarda, OKB'ye özgül olarak çok fazla odaklanılmamıştır. Dolayısıyla bu çalışmada özgül olarak OKB'de bu değişkenlerin ele alınması amaçlanmıştır. Bağlanma özellikleri, obsesif inançlar ve duygu düzenlemede yaşanan zorluklar açısından OKB tanısı olmayan grup ile OKB tanısı olan klinik örneklem karşılaştırılmıştır.

Yöntem: Bu amaç doğrultusunda, çalışmanın klinik olmayan bölümü 18-55 yaş (28.69 ± 9.94) arasında 224 katılımcıyla (118 kadın, 108 erkek) gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın klinik olan bölümü ise, yaşları 18 ile 55 arasında değişen 60 kadın ($X=33.80$ $SS=10.48$) ve 41 erkek ($X=31.85$ $SS=10.67$) katılımcı olmak üzere toplam 101 DSM-IV tanı kriterlerine göre OKB tanısı almış ve H. Ü. Psikiyatri Kliniğinde tedavi görmekte olan katılımcı yürütülmüştür. Katılımcılara demografik bilgi formu, Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği, Obsesif İnançlar Ölçeği, Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II doldurtulmuştur.

Bulgular: Sonuçlara göre; klinik ve klinik olmayan grup arasında bağlanma özellikleri, obsesif inançlar ve duygu düzenleme özellikleri açısından anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Bu farklılıklara göre klinik grupta bağlanma açısından hem kaygı özellikleri hem de kaçınma özellikleri klinik olmayan örneklemde anlamlı olarak daha yüksektir. Obsesif inançlar açısından da klinik örneklemde kesinlik ihtiyaçları, mükemmeliyetçilik ve sorumluluk inançları, tehdit algıları, düşünceye ve kontrole verdikleri önem düzeyi klinik olmayan örneklemde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Duygu düzenleme açısından ise her iki grup arasında duygusal farkındalık ve duygusal netlik düzeyleri açısından anlamlı fark bulunamamıştır. Diğer taraftan iki grup arasında duygusal tepkiyi kabul etmeme, duygusal sıkıntı yaşadığında amaç yönelimli davranışları sürdürmeme, duygusal sıkıntı yaşadığında dürtü kontrolünde zorlanma, genel olarak duygu düzenleme stratejilerine sınırlı geçit verme açısından ise iki grup arasında anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür. Söz konusu duygu düzenleme zorlukları düzeylerinin klinik grupta klinik olmayan gruba göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Sonuç: Obsesif inançlar açısından çalışmanın bulgularının OKB alan yazındakiler ile paralel olduğu görülmektedir. Bağlanma, duygu düzenleme değişkenlerine ait bulguların OKB alan yazına katkıları olduğu düşünülmektedir. Bu sonuçların, hem OKB'nin etiolojisinin anlaşılmasına hem de tedavideki klinik uygulamalarına olabilecek katkıları üzerinde durulmuştur.

Anahtar Kelimeler: bağlanma, obsesif inanç, duygu düzenleme, OKB

EPİLEPSİ HASTALARINDA AGRESYON, DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİLERİ

Filiz İzci¹, Ebru Fındıklı², Akif Camkurt³, Deniz Tuncel⁴, Merve Şahin²

¹*İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Abd. İstanbul*

²*Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Abd., K. Maraş*

³*Afşin Devlet Hastanesi Psikiyatri Bölümü, K. Maraş*

⁴*Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Noroloji Abd., K. Maraş*

Giriş: Çalışmamızın amacı; Epilepsi hastalarının agresyon düzeylerinin yaşam kalitesi üzerine olan etkilerinin araştırılmasıdır.

Metod: Psikiyatri ve Nöroloji polikliniğine ayakta başvuran epilepsi tanılı 18-65 yaş arası 66 hasta ve yaş ve cinsiyet olarak eşitlenmiş 66 gönüllü kontrol çalışmaya alındı. Hastaların en az 1 yıldır epilepsi tanısı ile takip ediliyor olması ve en az 6 aydır stabil olması şartı ile sırasıyla tarafımızca hazırlanmış sosyodemografik ve klinik veri formu, Buss Perry Agresyon Ölçeği (BPAÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (SF-36) uygulandı.

Bulgular: Hasta grupları ve kontrol grubu arasında yaş ve cinsiyet arasında istatistiksel farklılık gözlenmemiştir ($p>0.05$). Hasta ve kontrol grubu arasında; BDÖ puanları (22.7 ± 15.93 ve 10.241 ± 1.10 , $p<0.001$) ile BAÖ puanları (21.18 ± 14.60 ve 10.891 ± 1.37 , $p<0.001$) kontrol grubuna göre hasta grubunda anlamlı olarak daha yüksekti. Hasta ve kontrol grubu arasında; BPAÖ alt ölçeklerinin tüm alt grupları hasta gruplarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0.05$). SF-36 fiziksel işlevsellik, fiziksel rol güçlüğü, genel sağlık algısı, sosyal işlevsellik, ruhsal sağlık algı, ağrı alt ölçekleri hasta grupta istatistiksel olarak daha düşüktü ($p<0.05$). BDÖ ve BAÖ düzeyleri ile yaşam kalitesi ve agresyon düzeylerinin bazı alt ölçekleri arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu saptandı.

Sonuç: Epilepsi hastalarının sağlıklı kontrol grubuna göre yaşam kalitelerinin bozuk olduğu, anksiyete, depresyon, agresyon düzeyleri arttıkça yaşam kalitelerinin daha fazla bozulduğu görülmüştür. Ayrıca depresyon ve anksiyete düzeyleri agresyon düzeylerini önemli oranda etkilemekte ve bunun da epilepsi hastalarının fiziksel ve sosyal işlevsellik, ruhsal ve genel sağlık alanlarında yaşam kalitesini önemli derecede etkilediği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: epilepsi, agresyon, anksiyete, depresyon, yaşam kalitesi

YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA ARTMIŞ G PROTEİN ARACILI RESEPTOR 1 (GPER-1) DÜZEYLERİ

Ebru Fındıklı¹, Mehmet Fatih Karaaslan¹, Mehmet Akif Camkurt², Ergül Belge Kurutaş³, Hatice Altun⁴, Filiz İzci⁵, Hüseyin Avni Fındıklı⁶, Selçuk Kardaş¹

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Abd., K. Maraş

²Afşin Devlet Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, K. Maraş

³Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Abd., K. Maraş

⁴Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Abd., K. Maraş

⁵İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Abd., İstanbul

⁶Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Abd., Adıyaman

Amaç: Anksiyete bozuklukları patogenetik mekanizmaları kompleks olup hala tam olarak aydınlatılmamış olan psikiyatrik hastalıklardır. YAB kadınlarda erkeklerle kıyasla iki kat daha fazla görülmektedir. Bu fark puberteden sonra ortaya çıkar ve bu da cinsiyet hormonlarının fizyopatolojideki önemini göstermektedir. İnsanlarda yüksek ve sabit düzeydeki östrojenin anksiyolitik olduğu, düşük ve dalgalı seyreden östrojenin ise disforik duygudurum ve anksiyeteyi arttırdığı bilinmektedir. Östrojen bu etkilerini 2 ayrı sınıf reseptör ile gösterir. Birincisi nükleer reseptörler (alfa (ER α) ve beta (ER β) dir. İkincisi son zamanlarda keşfedilen membrana bağlı G protein bağlı reseptör 1 (GPER-1) dir. GPER-1'in duygudurum bozukluklarında rolü olabileceğine ilişkin kanıtlar olduğu bildirilmektedir. Hem kadın hem de erkek farelerde GPER-1 in beynin bazı bölgelerinde bulunduğu tespit edilmiştir. GPER-1 in duygusal kontrol, endokrin sistem ve kognitif fonksiyonlardan sorumlu olduğu tespit edilmiştir. Anksiyete bozukluğunun etyopatolojisinde rol alan östrojenin direk olarak beyinde çalışması mümkün görünmemektedir. Bu bağlamda son zamanlarda östrojenin beyinde duyguduruma etkisi konusunda çok sayıda rat çalışmaları yapılmaktadır.

Bilgilerimize göre YAB lu hastaların serumunda GPER 1 düzeylerinin araştırıldığı bir çalışma yoktur. Biz bu çalışmada ilk defa YAB tanısı alan drug naive hastalarda GPER1 in serum düzeylerini değerlendirmeyi amaçladık.

Metod: Polikliniğimize ilk kez başvurmuş Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)'e göre yeni YAB tanısı konmuş 18-50 yaş arası hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların tümü drug naive idi. Yaş ve cinsiyet olarak eşleşmiş sağlıklı gönüllüler kontrol grubunu oluşturdu. Hasta ve kontrol gruplarına Hamilton Anxiety Değerlendirme Ölçeği (HAM-A) uygulandı; kan örneklerinde GPER1, TSH, PRL düzeyleri ölçüldü. GPER1 düzeyi için ticari ELISA kit (Cloud-Clone Corp., Houston, USA) kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya YAB tanısı alan drug naive hasta ve kontrol grubu dahil edildi. Her iki grubun açısından karşılaştırıldığında YAB hastalarının HAM-A puanları kontrollere göre anlamlı derecede yüksekti (p <0.001). TSH, PRL düzeyleri de iki grupta benzer bulundu. GPER1 düzeyleri YAB grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı yüksek bulundu. p <0.001. Spearman korelasyon analizine göre Gper-1 düzeylerinin HAM-A skorları ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon gösterdiği bulundu. (p <0.001).

Tartışma: Çalışmamızda serum GPER- 1 düzeylerinin YAB lu hastaların kanında kontrollere göre yüksek çıktığı ve anksiyete şiddeti ile doğru orantılı olduğu saptandı. Bu bağlamda östrojenin GPER-1 aracılığı ile YAB etyolojisi ve tedavisindekine yerine dair beyin çalışmalarının yapılmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: yaygın anksiyete bozukluğu, GPER-1, östrojen

OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUKTA BİLİŞSEL İÇGÖRÜNÜN KLİNİK ÖZELLİKLERLE VE BİLİŞSEL VE ÜSTBİLİŞSEL İNANÇLARLA İLİŞKİSİ

Okan Ekinçi¹, Aslı Ekinçi¹, Burcu Erkek¹, Süreyya Karşıkaya¹

¹Uşak Devlet Hastanesi, Uşak

Amaç: Obsesif-kompulsif bozukluklu (OKB) hastalar semptomları konusunda yeterli içgörüye sahip olmayabilirler (1). Bilişsel içgörü ise görece yeni bir içgörü tipidir ve hatalı inanış ve yanlış yorumlamaların düzeltildiği ve yeniden değerlendirildiği bir üstbilişsel süreci ifade eder (2). Bununla birlikte bildiğimiz kadarıyla OKB'li hastalarda bilişsel içgörünün klinik ve demografik faktörlerle, bilişsel ve üstbilişsel hatalı düşünme biçimleriyle ilişkisi üzerine yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır.

Yöntem: Çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan DSM-V'e göre OKB tanısı almış ardışık 84 hasta detaylı olarak, bir sosyodemografik form, Yale Brown Obsesyon ve kompulsiyon değerlendirme ölçeği (YBOKÖ), Beck Bilişsel İçgörü ölçeği (BBİÖ), Düşünce Eylem Kaynaşması ölçeği (-DEK), Beyaz Ayı Düşünce Supresyon Envanteri (BADSE) VE Üstbiliş ölçeği-30 ile değerlendirildi. Klinik içgörü YBOKÖ'nin 11. Maddesi ile değerlendirildi. Ayrıca yaş, eğitim ve cinsiyet eşleştirmesi yapılmış 82 sağlıklı gönüllüde çalışmada değerlendirildi.

Bulgular: BBİÖ-Kendinden eminlik(KE) skorları hastalarda kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek, BBİÖ-Birleşik indeks(Bİ) skorları ise hasta grubunda anlamlı olarak kontrollere göre düşük bulundu. Yapılan MANCOVA analizinde hasta grubunda, kendini değerlendirme(KD) ve Bİ skorları üzerinde cinsiyetin anlamlı etkisi vardı. Kadın hastalar bu iki alanda anlamlı olarak daha düşük skorlara sahipti. Obsesyon ciddiyeti KD alt bileşeni ile ilişkili iken kompulsiyon ciddiyeti ve klinik içgörü (YBOKÖ-Madde 11) KE ve Bİ skorları ile anlamlı olarak ilişkiliydi. Obsesif-kompulsif belirti şiddeti kontrol edildikten sonra baskın obsesyon ve kompulsiyon tipinin de KE alt skorlarında anlamlı etkisi olduğu bulundu. KD ve Bİ skorları MCQ-30'un bilişsel güven ve bilişsel farkındalık skorları ile pozitif yönde, kendinden eminlik skorlarının ise DEKÖ'nün ahlak alt ölçeği ile pozitif yönde bir ilişkisi olduğu bulundu.

Sonuç: Bulgularımız hem remisyondaki hem de hastalık dönemindeki OKB'li olgularda bozulmuş bir bilişsel içgörü varlığına işaret etmektedir. Ayrıca bu çalışma OKB'li hastalarda bilişsel içgörünün düşünce eylem kaynaşması ve bozulmuş üstbilişsel inançlarla ilişkili olduğunu öne sürmektedir. Bilişsel içgörüyü artırmayı hedefleyen BDT teknikleri, özellikle ciddi bilişsel çarpıtmaları olan OKB'li olgularda umut vaat edici görünmektedir. Gelecek çalışmalar bilişsel içgörünün farmakolojik ve bilişsel davranışçı tedavi süreçlerinde bir tedavi aracı ve yönlendiricisi olarak nasıl bir rolü olabileceğini araştırmalıdır.

Kaynaklar

1. Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DM. A new instrument for measuring insight: The Beck cognitive insight scale. *Schizophr Res.* 2004; 68: 319-329.
2. Catapano F, Perris F, Fabrazzo M, Cioffi V, Giacco D, De Santis V. Obsessive-compulsive disorder with poor insight: a three-year prospective study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2010; 34(2):323-30.

Anahtar Kelimeler: obsesif-kompulsif, bilişsel içgörü, üstbiliş, düşünce

Tablo 1. Obsesif kompulsif bozukluklu hastalarda ve sağlıklı bireylerde BBİS skorları

	<i>Obsesif-kompulsif bozukluk (N=84)</i>					
	<i>Remisyon N=27</i>	<i>Hastalık döneminde N=57</i>	<i>Sağlıklı kontrol (N=82)</i>	<i>F df=2</i>	<i>P</i>	<i>Post-hoc karşılaştırma</i>
Kendini değerlendirme	12,65±3,33	12,24±4,91	12,89±2,62	1,96	0,144	
Kendinden eminlik	10,50±1,50	9,27±3,71	7,00±2,01	22,65	<0,001**	R=UR>HC
Birleşik indeks	2,15±4,20	2,96±5,25	4,89±3,35	3,51	0,010*	R=UR>HC

Tablo 2. Obsesif-kompulsif bozukluklu hastalarda BBİÖ ile kognitif ve metakognitif inançlar arasındaki ilişkiler

	<i>Kendini değerlendirme</i>	<i>Kendinden eminlik</i>	<i>Birleşik indeks</i>
DEK-Ahlak	-0,482**	0,320*	0,193
DEK-Olasılık	0,134	0,172	-0,007
ÜBÖ-30			
• Kaygı hakkında olumlu inanç	-0,117	0,022	-0,119
• Düşünce ve kaygının kontrol edilemezliği hakkında Olumsuz düşünme	0,208	0,221	0,023
• Bilişsel eminlik	0,371*	0,107	0,250*
Düşünceleri kontrol etme hakkında inançlar	0,167	0,050	0,111
• Bilişsel farkındalık	0,382**	0,141	0,235*
BADSE	0,034	0,034	0,005

Tablo 3. OKB'li olgularda BBİÖ skorları ile klinik ve demografik değişkenler arasındaki ilişki (MANCOVA analiz sonuçları)

	<i>Kendini değerlendirme</i>	<i>Kendinden eminlik</i>	<i>Birleşik indeks</i>
Yaş	0,294(0,589)	0,072(0,790)	0,535(0,467)
Cinsiyet	8,317(0,005)*	0,044 (0,835)	6,24(0,015)*
Eğitim süresi (yıl)	2,894 (0,093)	0,332(0,567)	4,282(0,042)*
Hastalık başlangıç yaşı	0,639 (0,427)	0,001(0,978)	0,526(0,475)
Hastalık süresi (yıl)	0,137(0,713)	0,001(0,992)	0,112(0,739)
YBOKÖ-Obsesyon	21,928(0,000)**	0,075(0,785)	20,964(0,000)**
YBOKÖ-Kompulsiyon	0,431(0,513)	4,255(0,043)*	5,606(0,021)*
YBOKÖ-içgörü (madde 11)	0,066(0,798)	17,569(0,000)**	13,470(0,000)**

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNDA ANKSİYETE DUYARLILIĞI VE DÜRTÜSEL DAVRANIŞ İLE İLİŞKİSİ

Eylem Özten¹, Ali Evren Tufan², Gül Eryılmaz¹, Dilara Aloğlu¹, Hüseyin Bulut³, Gökben Hızlı Sayar¹

¹Üsküdar Üniversitesi Nöropsikiyatri Hastanesi, İstanbul

²Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu

³Büyüçekmece Devlet Hastanesi, İstanbul

Anksiyete duyarlılığı (AD), kişinin anksiyete belirtilerinin ya da uyarılmanın zararlı sonuçlara yol açabileceği inancını yansıtmaktadır. AD, kişinin anksiyete belirtilerine yönelik inançlarından kaynaklanan, “anksiyete belirtilerinin kendisine korkuyla tepki verme” eğilimidir. AD ilk kez Reiss ve McNally (1985) tarafından tanımlanmıştır. AD düzeyi yüksek olan kişiler anksiyete yaşadıklarında hemen korkularına yönelik alarm durumuna geçmekte ve bu onların anksiyetesini şiddetlendirmektedir. AD'nin anksiyete bozuklukları için bir risk etkeni olduğu yönündeki kanıtlar giderek artmaktadır.

Bu çalışmada yaş, cinsiyet, eğitim ve medeni durumu eşleştirilmiş 30 DEHB tanılı, 30 sağlıklı kontrol alınmıştır. Katılımcılara DSM-IV'e Dayalı Erişkin DEB/ DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri (E-DEHB) doldurtulmuştur. E-DEHB'de 1. veya 2. bölümdeki dokuz sorudan en az altı tanesine 2 veya 3 puan verenlerle tekrar klinik görüşme yapılarak DEHB tanısı araştırılmış ve DSM-IV-TR ölçütlerine göre erişkin DEHB tanısı konulmuştur. Onamı alınan katılımcılara Barratt Dürtüsellik ölçeği, Anksiyete Duyarlılığı İndeksi doldurtulmuştur.

Anksiyete duyarlılığı indeksi; bilişsel, toplumsal alt ölçek puanları ve toplam puan açısından değerlendirildiğinde DEHB grubu kontrol grubundan istatistiki olarak anlamlı farklılık göstermekteydi. Anksiyete duyarlılığı indeksi puanları E-DEHB dikkat eksikliği puanları ile pozitif korelasyon göstermekteydi. Yani anksiyete duyarlılığı arttıkça dikkat eksikliği puanları artış göstermekteydi. Böylesi bir korelasyon hiperaktivite puanları ile saptanmamıştır. Buittelar ve arkadaşlarının belirttiği gibi kognitif bozukluklar anksiyeteyi arttırabilir, anksiyetenin artışı da dikkat gibi kognitif işlevleri daha da bozabilir. Erişkin DEHB grubunda anksiyete duyarlılığı indeksi puanları ile Barratt Dürtüsellik ölçeği puanları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Anksiyete duyarlılığının kontrol grubuna göre DEHB grubunda anlamlı yüksek çıkmasının yanısıra DEHB grubunda anksiyete duyarlılığı arttıkça dürtüsel davranış puanları da artmaktadır. Pliszka ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada anksiyetenin dürtüsellik baskılayıcı olduğu belirtilmiştir. Farklı metodoloji ile yapılan diğer çalışmalarda bu sonuç bulunamamıştır. (Pliszka, 1998; Pliszka, 2000; Pliszka, 2003; Oosterlaan & Sergeant, 1998). Başka bir çalışmada anksiyete bozukluğu eş tanısı olan DEHB hastalarında dürtüsellik arttığı ve bunun tedavi yanıtını güçleştirdiği belirtilmiştir. (Pliszka, 1998). DEHB hastalarında anksiyete duyarlılığının yüksek bulunması, bunun dürtüsellik arttırabilen etkisi ve bunun işlevsellik ve tedavi yanıtına olumsuz yansımaları olması önemli ve araştırmaya açık bir konudur.

Anahar Kelimeler: anksiyete duyarlılığı, erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, dürtüsellik

ŞİZOFRENİ TANILI ERKEK HASTALARDA GONADAL HORMON DÜZEYLERİ VE HASTALIK ŞİDDETİ İLE İLİŞKİSİ

Süheyla Doğan Bulut¹, Serdar Bulut², Olga Güriz¹

¹Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

²Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç: Şizofreni gelişimi için risk altındaki kadınlarda östradiolün hastalıktan koruyucu faktör olarak rol aldığı ve psikotik bozukluk gelişen kadınlarda kontrol gruplarına göre daha düşük östradiol seviyesinin olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda erkek şizofreni hastalarının gonadal hormon düzeylerini ve gonadal hormonların hastalık şiddeti ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: DSM-4 TR kriterlerine göre şizofreni tanısı alan, en az 1 yıldır olanzapin (n=22) veya ketiapin (n=16) antipsikotiklerini kullanan, 18-55 yaş aralığında ayaktan takip edilen, remisyondaki 38 erkek hasta ve yaş-cinsiyet olarak eşleştirilmiş 38 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edildi. Hastalık belirti şiddeti SANS ve SAPS ile değerlendirildi. Hasta ve kontrol grubuna sosyodemografik form verildi. Hasta ve kontrol grubunun prolaktin, östradiol, total testosteron, progesteron, FSH ve LH seviyeleri radyoimmünassay yöntemi ile ölçüldü. Şizofreni hastalarının SANS puanları ortalaması 40.00 ± 22.16 , SAPS puanları ortalaması ise 17.74 ± 16.24 olarak saptandı ve bu değerler SANS ve SAPS için kesme noktası olarak alınarak bu değerlerin üstü yüksek, altı ise düşük puanlı olgular olarak kabul edildi. Uygun istatistiksel yöntemler ile hastalık şiddeti ve hormonlar arasındaki ilişki, bu gruplar ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Şizofreni hastalarında östradiol ve progesteron seviyesi sağlıklı kontrollerden düşük bulundu (sırasıyla $p=0.005$ ve $p= <0.001$). Şizofreni hastalarında prolaktin seviyesi kontrol grubundan yüksek bulundu ($p=0.021$). Şizofreni hastaları ile sağlıklı kontrollerin total testosteron düzeyleri arasında istatistiksel farklılık saptanmadı. Prolaktin seviyesi pozitif belirtileri baskın olan ve olmayan hasta gruplarında benzer iken, kontrol grubunda diğer iki gruptan düşük bulundu (0.028). Östradiol seviyesi pozitif belirtileri baskın olan ve olmayan hasta gruplarında benzer iken, kontrol grubunda diğer iki gruptan yüksek bulundu ($p=0.018$). Hem negatif belirtileri baskın olan, hem de negatif belirtileri baskın olmayan hasta grubunda östradiol seviyesi kontrol grubuna göre düşük bulundu ($p=0.010$). Tüm şizofreni hastalarında SANS puanı ile progesteron ve östradiol seviyeleri arasında pozitif korelasyon mevcuttur (sırasıyla $p=0.027$ ve $r=0.358$ ve $r=0.503$, $p=0.001$). SAPS puanları ile hormon parametreleri arasında korelasyon saptanmamıştır. Negatif belirtileri baskın olan grupta (n=16) SANS puanları ile LH düzeyi ($r=0.633$, $p=0.009$) ve östradiol düzeyi arasında ($r=0.579$, $p=0.019$) pozitif korelasyon vardır. Pozitif belirtileri baskın olan grupta (n=10), SAPS puanları ile prolaktin düzeyi arasında ($r= -0.662$, $p=0.037$) negatif korelasyon vardır.

Sonuç: Şizofreni hastalarında östradiol seviyesi kadınlarda olduğu gibi erkeklerde de düşük seyretmektedir. Östradiol her iki cinsiyette de hastalıktan koruyucu role sahip olabilir. Östradiol özellikle negatif belirtiler ile seyreden şizofreni hastalarının takibinde biyomarker olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: şizofreni, östradiol, testosteron, progesteron, prolaktin

OTİSTİK SPEKTRUM BOZUKLUĞUNDA AZALMIŞ SERUM G PROTEİN BAĞIMLI ÖSTROJEN RESEPTÖR DÜZEYLERİ

Hatice Altun¹, Ergül Belge Kurutaş², Nilfer Şahin³, Hayati Sınır¹

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Kahramanmaraş

²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya, Kahramanmaraş

³Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Muğla

Giriş: Otistik bozukluk, yaşamın ilk yıllarında başlayan sosyal ilişki, iletişim ve bilişsel gelişimde gecikme ya da sapma ile kendini gösteren, yineleyici sınırlı davranış ve ilgilerin olduğu nöropsikiyatrik bir bozukluktur. Otizmin etyolojisi ve patofizyolojisi halen bilinmemektedir. Fakat çeşitli nörolojik, çevresel, immunolojik ve genetik faktörler etyolojide rol oynamaktadır. Otizm erkeklerde kızlara göre 3-4 kat daha fazla görülmesi bozukluğun etyolojisinde cinsiyet hormonlarının olası rolü olabileceği göstermektedir. Östrojenin sinir sisteminin farklılaşması, gelişmesi ve büyümesi üzerine etkileri olduğu bildirilmiştir. Aynı zamanda östrojen stoke sonrası nöron kaybının azalmasında, nöronal bağlantıların artışında, bilişsel fonksiyonların iyileştirilmesinde önemli bir etkiye sahiptir. Östrojenler bu etkilerini ER α ve ER β olarak bilinen iki nükleer yerleşimli reseptör ile önceden GPR30 olarak adlandırılan, başlıca membrana bağımlı G Protein Bağımlı Östrojen Reseptörünü (GPER) aktive ederek gösterirler. GPER'in fonksiyonları üreme, endokrin, immun, üriner, sinir, muskuloiskeletuar kardiyovasküler sistem dahil neredeyse bütün fizyolojik sistemlerde tanımlanmıştır. Ayrıca hem preklinik hem de klinik çalışma bulguları östrojen reseptörlerinin aktivasyonunun santral sinir sisteminde nöroprotektif ve nörodejeneratif süreçlerde önemli bir rolü olduğunu göstermektedir. OSB'li çocukların postmortem beyin dokularında ER β gen transkripsiyonun değerlendirildiği bir çalışmada OSB'li çocuklarda ER β disregulasyonu olduğu östrojenin OSB etyolojisinde rol alabileceği bildirilmiştir. Bu çalışmada biz GPER'in OSB'nin patofizyolojisinde rolunun olup olmadığını belirlemek amacıyla OSB'li çocukların serumunda GPER düzeylerini inceledik

Yöntem: Bu çalışmada çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniğine başvuran 3-12 yaş arası 45 OSB'li çocuk ile yaş ve cinsiyeti eşleştirilmiş 40 sağlıklı çocuğun serum GPER düzeyleri incelendi. Ayrıca OSB'nin şiddeti ile serum GPER düzeyleri arasındaki ilişki karşılaştırıldı. DSM-V'e göre OSB tanısı konan çocukların OSB şiddetini belirlemek için çocukluk çağı otizm derecelendirme ölçeği kullanıldı. Serum GPER düzeyleri kantitatif sandviç enzim immunoassay tekniği ile ölçüldü (ELISA kiti).

Bulgular: OSB'li çocuklar ile kontrol grubu arasında yaş ve cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). OSB'li çocukların serum GPER düzeyleri sağlıklı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düşük saptandı ($p<0.001$). Cinsiyet ile GPER düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Pearson korelasyon analizine göre serum GPER düzeyi ile CARS skorlarına göre otizm şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon bulundu.

Sonuç: Bu çalışma OSB'li çocuklarda azalmış serum GPER düzeylerinin gösterildiği ilk çalışmadır. Bu çalışma azalmış serum GPER düzeylerinin otizmin patofizyolojisi ve şiddeti ile ilişkili olabileceğini göstermiştir

Anahtar Kelimeler: dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, GPER, östrojen

ÜRİNER İNKONTİNANSLI KADINLARDA BENLİK SAYGISINA GÖRE DEPRESYON, ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN VE SOSYODEMEGROFİK VERİLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Esra Yancar Demir¹, Abdullah Çırakoğlu², Erdal Benli², Ali Ayyıldız²

¹Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi-Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ordu

²Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi-Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, Ordu

Amaç: Üroloji polikliniğine üriner inkontinans şikayeti ile başvuran kadın hastalarda benlik saygısı düzeyleriyle, depresyon ve anksiyete düzeyleri ile yaş, eğitim durumu, meslek, gelir durumu gibi sosyo demografik verilerin karşılaştırılması

Yöntem: Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi-Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Polikliniğine 1 Aralık 2014-1 Temmuz 2016 tarihleri arasında üriner inkontinans şikayeti ile başvuran 18 yaş üstü kadın hastalar dahil edildi. Çalışma kriterlerini karşılayan hastalara ürolojik muayenelerinin yanı sıra beck depresyon, beck anksiyete ve rosenberg benlik saygısı envanteri benlik saygısı alt ölçeği uygulandı. Benlik saygısı skorları ile beck depresyon ve beck anksiyete skorları arasındaki ilişki pearson korelasyon katsayısı ile belirlendi. Benlik saygısı orta ve yüksek olanların beck depresyon, beck anksiyete ve yaş ölçümleri arası farklılıklar Student-t test ile belirlendi. Benlik saygısı üzerine etkili olabilecek risk faktörlerini (medeni durum, okur-yazarlık ve iş durumu) belirlenmesi için ise lojistik regresyon analizi uygulandı.

Bulgular: Çalışmada, Benlik saygısı skorları ile beck depresyon ($r=0,543$; $P<0,001$) ve beck anksiyete ($r=0,430$; $P<0,001$) skorları arasındaki anlamlı pozitif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bir başka ifade ile, beck depresyon ve anksiyete skorları arttıkça benlik saygısı skoru artmasından dolayı hastanın kendine olan benlik saygısı azalmaktadır. Çalışmada, benlik saygısı düşük kategorisinde hiçbir hastaya rastlanılmamıştır. Benlik saygısı orta olan grubun ($n=20$) yaş ortalaması (62.80 ± 13.93) ile benlik saygısı yüksek grubun ($n=78$) yaş ortalaması (59.46 ± 13.59) karşılaştırıldığında; aralarındaki farklılığın istatistik olarak önemli bulunmadığı görülmektedir ($P=0.332$). Beck Depresyon ve Beck Anksiyete puanları bakımından ise gruplar arasındaki farklılık istatistik olarak önemli bulunmuştur ($P<0.001$). Sonuç olarak, hem beck depresyon hem de beck anksiyete puanları benlik saygısı orta olan grupta, yüksek olan gruba göre klinik olarak önemli olabilecek oranda yüksek saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Benlik saygısı durumuna göre beck depresyon, beck anksiyete ve yaş dağılımı

<i>Parametreler</i>	<i>Benlik saygısı</i>	<i>n</i>	<i>Ortalama</i>	<i>Std. Sapma</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maksimum</i>	<i>P-değeri</i>
Beck Depresyon	Yüksek	78	13,68	10,00	0,00	47,00	<0.001
	Orta	20	27,75	9,46	6,00	40,00	
	Toplam	98	16,55	11,38	0,00	47,00	
Beck anksiyete	Yüksek	78	18,46	12,02	0,00	56,00	<0.001
	Orta	20	32,30	13,62	9,00	63,00	
	Toplam	98	21,29	13,51	0,00	63,00	

Yapılan tek ve çok değişkenli lojistik regresyon analizi neticesinde hastaların medeni durum (evli-bekar), okur-yazarlık durumu (evet-hayır) ve iş durumuna (çalışıyor-çalışmıyor) ait sosyo-demografik özelliklerinden benlik saygısı (orta-yüksek) üzerine sadece okur-yazarlık durumunun etkili olduğu tespit edilmiştir ($P=0.016$). Bir başka ifade ile hastaların orta benlik saygısı kategorisinde bulunma riski okur-yazar olmayanlar ($OR=3.900$) için okur-yazar olanlara göre 3.9 kat ($OR=3.9$) daha yüksek bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 2. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde benlik saygısı ile ilişkili potansiyel risk faktörleri

Değişkenler	B	S.H	Wald	Önem Seviyesi	Exp (B) (OR)	Exp(B) için % 95 GA	
						Alt	Üst
Adım 1 (Başlangıç Modeli)							
Sabit	-2.205	0.486	19.781	<0.001	0.110		
O-Y (Hayır)	1.281	0.572	5.019	0.025	3.601	1.174	11.048
MD (Bekar)	0.848	0.589	2.075	0.150	2.335	0.736	7.405
Adım 2 (Son model)							
Sabit	-2.054	0.475	18.700	<0.001	0.128		
Okur-yazar (Hayır)	1.361	0.565	5.799	0.016	3.900	1.288	11.806
B: regresyon katsayısı; S.H: Standart hata; OR: Odd-ratio, GA: Güven aralığı; O-Y: Okur-Yazarlık; MD: Medeni-durum							

Sonuç: Hangi yaş grubunda olursa olsun idrar kaçırma kişinin ruh sağlığını ve benlik saygısını önemli ölçüde etkileyen bir sağlık problemidir. Bu hastalardan özellikle okur-yazar olmayanların organik problemlerinden dolayı kaybettikleri benlik saygıları ve yaşadıkları anksiyete ve depresyon belirtileri nedeniyle psikiyatrik destek almaları konusunda yönlendirilmeleri önem arz etmektedir.

İLEOSTOMİ VE KOLOSTOMİ AMELİYATI OLAN HASTALARIN DEPRESYON ANKSİYETE VE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUK DÜZEYLERİNİN SAPTANMASI

Eylem Özten³, Kader Bahayi Bahayi¹, Samet Yardımcı²

¹Haydarpaşa Numune Hastanesi Patoloji Bölümü, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Genel Cerrahi Bölümü, İstanbul

³Üsküdar Üniversitesi Npi Hastanesi, İstanbul

Birçok hastalık kolostomi, ileostomi vb. stoma oluşturma yoluyla tedavi edilmektedir. Ostomi açılarak tedavi edilen bireylerde, tedavi sonrasında bireylerde psikolojik, fizyolojik ve sosyo-kültürel bakımdan çeşitli sorunlar yaratmaktadır. Ostomi tedavisi gören hastalarda bu sorunlar, beden imajındaki değişim ile birlikte sızıntı ve koku oluşması endişesi, sosyal destek alamama korkusu, cerrahi müdahalenin sebep olabileceği komplikasyonlar, bakımın zorluğu, arkadaş ve aile çevresinden reddedilme korkusu gibi durumlar sebebiyle oluşmaktadır. Tüm bunların sonucunda ameliyat sonrasında hastalarda anksiyete düzeyinde artış oluşabilmekte, benlik algısının düşüşü, yaşamdan zevk alamama, psikofizyolojik işlevlerde bozulma, dikkat ve konsantrasyon güçlüğü yaşanması ve depresyona eğilim artabilmektedir.

Bu araştırma ileostomi ve kolostomi ameliyatı olan hastaların depresyon ve anksiyete düzeyleri ile cinsel işlev bozukluk düzeylerinin saptanması amacıyla yapılmıştır. Bu amaçla Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniği'ndeki ileostomi ve kolostomi geçiren 50 hasta ile örneklem grubu oluşturulmuştur. Katılımcılardan çalışmaya katılmaya gönüllü olanlara Bilgilendirilmiş Onam formu, Sosyo Demografik Veri Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Yaşam Kalitesi Formu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği, Beden Algısı Ölçeği, uygulanmış ve ayrıca 50 kişilik sağlıklı kontrol grubuna da yukarıdaki testler uygulanarak bu iki grubun karşılaştırılması sağlanmıştır.

Araştırmaya katılanların sonuçları incelendiğinde iki grupta Beck depresyon ölçek puanları açısından anlamlı fark saptanmamış olup, hasta grubunun %52'si, kontrol grubunun %64'ünün depresyon puanlarının düşük olduğu bulunmuştur. Beck Anksiyete ölçek puanları hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı yüksek saptanmıştır. Hasta grubunda kontrol grubuna oranla cinsel doyuma daha az ulaştığı, cinsel birleşmeden daha çok kaçındığı, cinsel istegin daha az olduğu, vücudu ile barışık olma durumunun daha az olduğu saptanmıştır.

Depresyon, anksiyete, kendilik algısı, cinsel fonksiyonlarda bozulma, yaşama tekrar uyum sağlama, işlevsellikte azalma gibi konulardan dolayı ostomi ameliyatları önem arz etmektedir. Bu hastalara operasyon öncesi ve sonrası bu konularda destek olamayacak girişimler önem kazanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: ileostomi, kolostomi, depresyon, anksiyete, cinsel yaşam

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU ETİYOLOJİSİNDE G PROTEİN BAĞIMLI ÖSTROJEN RESEPTÖR DÜZEYLERİNİN ROLÜ

Nilfer Şahin¹, Hatice Altun², Ergül Belge Kurutaş³

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Muğla

²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, K. Maraş

³Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya, K. Maraş

Giriş: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellikle karakterize olup çocukluk çağıının en sık görülen nöropsikiyatrik hastalığıdır. Yapılan çalışmalarda dünyada DEHB prevalansı coğrafik alanlara göre %1-6 aralığında değişiklik göstermektedir. Erkeklerde görülme sıklığı kızlara göre daha 3-7 kat daha yüksek oranda bildirilmektedir. Bozukluğun neden erkeklerde daha fazla olduğuylla ilgili çalışmalar devam etmekle birlikte bu durum henüz netlik kazanmış değildir. Erkeklerde daha fazla görülüyor olması cinsiyet hormonlarının olası rolü olabileceğini göstermektedir. Östrojenin sinir sisteminin farklılaşması, gelişmesi ve büyümesi üzerine etkileri olduğu bildirilmiştir. Östrojenler bu etkilerini ER α ve ER β reseptörleri ve yeni tanımlanmış membrana bağımlı G Protein Bağımlı Östrojen Reseptörünü (GPER) aktive ederek gösterirler. Yapılan çalışmalarda östrojen reseptörlerinin santral sinir sisteminde nöroprotektif ve nörodejeneratif süreçlerde rol oynadığı gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı DEHB etyolojisinde östrojen reseptörü olan GPER'in rolü olup olmadığı değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmaya çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran, DSM-5 tanı kriterlerine göre DEHB tanısı alan, tedavi başlanmamış 47 DEHB'li hasta ile kontrol grubu olarak herhangi bir kronik fiziksel ya da psikiyatrik hastalığı olmayan yaş ve cinsiyet eşleştirilmiş 35 sağlıklı çocuk alınmıştır. Hasta ve kontrol grubunun serum GPER düzeyleri değerlendirilmiştir. Serum GPER düzeyleri kantitatif sandwich enzim immunuassay tekniği ile ölçülmüştür (ELİSA kiti).

Bulgular: DEHB hastaları ve kontrol grubu arasında yaş ve cinsiyet açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). DEHB'li gruptaki olguların GPER düzeyleri kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düşük olarak tespit edilmiştir ($p<0.05$). Cinsiyet ile GPER düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$).

Sonuç: Bu çalışma DEHB'li olgularda azalmış serum GPER düzeylerinin gösterildiği ilk çalışmadır. Bu çalışma azalmış serum GPER düzeylerinin DEHB etyolojisinde rol oynayabileceğini göstermesi açısından önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, GPER, östrojen, östrojen reseptörü

ESRAR/SENTETİK ESRAR BAĞIMLILARINDA İPUCU UYARILI AŞERMENİN ALEKSİTİMİ VE ANKSİYETE İLE İLİŞKİSİ

Aslı Enez Darçın¹, Dilara Aloğlu², Onur Cemal Noyan², Serdar Nurmedov³, Onat Yılmaz⁴, Nesrin Dilbaz⁵

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

²Np İstanbul Hastanesi, İstanbul

³Acıbadem Sağlık Grubu, İstanbul

⁴Kasımpaşa Askeri Hastanesi, İstanbul

⁵Üsküdar Üniversitesi, İstanbul

Giriş: Madde bağımlılığı olan bazı bireylerin madde ilişkili ipuçlarına verdikleri cevaplarının doğasına olan içgörülerinin anlamını yakalama yeteneğinden yoksun oldukları ve bu nedenle de kendi aşermelerini belirleyemedikleri ya da doğru şekilde tanımlayamadıkları bildirilmektedir. Aşermeyi ifade etmedeki güçlüğü ortaya çıkaran birçok faktör içerisinde, genel olarak duyguları tanımlama ve isimlendirmedeki güçlüğü karakterize aleksitimi de bir faktör olabilir. Bu çalışmada deneysel olarak oluşturulan aşermenin aleksitimi ve anksiyete başta olmak üzere, bağımlılık üzerine etkili diğer değişkenlerle ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Metod: Çalışmaya yatarak tedavi gören ve DSM-IV'e göre esrar/sentetik esrar bağımlılığı tanısı almış 50 erkek hasta alınmıştır. Katılımcılardan tedavilerinin 7 gününde aşermelerinin değerlendirilmesi için 'şu anda madde kullanma isteklerini 1 ile 10 arasında derecelendirerek düz bir beyaz kağıt üzerindeki çizilmiş 10 cm'lik çizelgede işaretlemeleri' istenmiştir. Katılımcılarda aşermeyi uyarmak amacı ile toplam 6 dakikalık, içeriğinde sarma esrar kullanan bireyin bulunduğu bir video izletilmiştir. Videonun izlenmesinden sonraki 10 dakika içerisinde katılımcılardan yeniden aşermelerini değerlendirmeleri istenmiştir. İşlem sonrası ve bazal VAS puanları arasında değişim olmayanlar ipucu uyarılı aşermeleri yok, olanlar var şeklinde kategorize edilmişlerdir. Katılımcılar ayrıca işlem öncesi Beck Anksiyete Ölçeği, Bağımlılık Şiddeti Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği ile değerlendirilmişlerdir.

Sonuçlar: Katılımcılara ait sosyodemografik veriler ve ölçek puan ortalamaları Tablo 1'de sunulmuştur. Çalışmadaki katılımcılarının Toronto aleksitimi ölçeği ile değerlendirildiği üzere 18'inin aleksitimik olduğu saptandı. Aleksitimisi olanlarda olmayanlara göre ipucu uyarılı aşerme anlamlı olarak daha sıkı ($p=0.01$) (Tablo 2). İpucu uyarılı aşermesi olan hastaların anksiyete düzeyleri aşermesi olmayanların anksiyete düzeylerinden anlamlı şekilde yüksek bulundu ($p<0.05$). İpucu uyarılı aşermesi olan ve olmayan hastaların psikiyatrik problemler açısından bağımlılık şiddeti düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). İpucu uyarılı aşermesi olan hastaların dikkat dürtüsellik düzeyleri aşermesi olmayan hastalarından anlamlı şekilde yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 3). Aleksitimisi olan üzerine etkisi anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tartışma: Bu çalışma ile aleksitimisi olan bireylerde ipucu uyarılı aşermenin artmış olduğunu göstermesine karşın anksiyetenin bu bireylerde aşerme etkisine etkisi gösterilememiştir. Aşerme kendiliğinden ortaya çıkabileceği gibi içsel ve dışsal uyaranlarla da ortaya çıkabilir. İçsel ipuçları, kaygı, depresyon gibi duygusal durumları ve yoksunluk belirtilerini içerirken, dışsal ipuçları maddeyle

ilişkili çevre ve nesnelere maruz kalmayı kapsar. Aleksitimisi olan bireylerde dışsal ipucu uyarılı aşermeleri bağımlılık hastalıklarının nüksleri ile ilişkili olabilir.

Anahtar Kelimeler: esrar, sentetik esrar, ipucu uyarılı aşerme, aleksitimi, anksiyete

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik ve madde kullanım özellikleri

		<i>Ortalama ± ss</i>	<i>n (%)</i>
Yaş		26,54 ± 5,08	
Eğitim yılı		13,06 ± 3,51	
Medeni durum	bekar		33 (66)
	evli		17 (34)
Çalışma durumu	çalışmıyor		19 (38)
	çalışıyor		31 (62)
İlk madde kullanım yaşı		17,48 ± 3,59	
Madde kullanım yılı		7,50 ± 6,16	

Tablo 2. İpucu uyarılı aşerme ve aleksitimi ilişkisi

	<i>İpucu uyarılı aşerme yok n (%)</i>	<i>ipucu uyarılı aşerme var n (%)</i>	<i>X²</i>	<i>p</i>
Aleksitimisi olmayanlar	19 (90.5)	13 (44.8)	11.06	0.001*
Aleksitimisi olanlar	2 (9.5)	16 (55.2)		

Tablo 3. Katılımcılarda aşermenin anksiyete, dürtüsellik ve bağımlılık şiddeti ölçeği puanları ile ilişkisi

	<i>Aşerme</i>	<i>n</i>	<i>Ortalama ± ss</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Beck anksiyete ölçeği puanları	yok	21	18,05 ± 10,83	-2,01	0,04
	var	29	25,83 ± 15,06		
Barrat Dürtüsellik ölçeği dikkat dürtüsellliği puanları	yok	21	15,57 ± 3,20	-3,14	0,003*
	var	29	18,45 ± 3,19		
Barrat Dürtüsellik ölçeği motor dürtüsellik puanları	yok	21	21,19 ± 3,47	-1,20	0,23
	var	29	22,69 ± 4,84		
Barrat Dürtüsellik ölçeği plan yapamama puanları	yok	21	26,24 ± 4,15	-1,02	0,30
	var	29	27,66 ± 5,22		
Barrat Dürtüsellik ölçeği toplam puanları	yok	21	63,48 ± 10,29	-1,72	0,09
	var	29	68,45 ± 9,86		
Bağımlılık şiddeti ölçeği sağlık sorunları puanları	yok	21	0,13 ± 0,22	0,11	0,9
	var	29	0,12 ± 0,21		
Bağımlılık şiddeti ölçeği iş sorunları puanları	yok	21	0,45 ± 0,23	0,84	0,4
	var	29	0,39 ± 0,25		
Bağımlılık şiddeti ölçeği alkol sorunu puanları	yok	21	0,04 ± 0,07	-1,39	0,16
	var	29	0,11 ± 0,2		
Bağımlılık şiddeti ölçeği madde sorunları puanları	yok	21	0,13 ± 0,06	-0,08	0,93
	var	29	0,14 ± 0,06		
Bağımlılık şiddeti ölçeği yasal sorunlar puanları	yok	21	0,14 ± 0,24	-0,60	0,55
	var	29	0,18 ± 0,27		
Bağımlılık şiddeti ölçeği aile sorunları puanları	yok	21	0,30 ± 0,2	-0,89	0,37
	var	29	0,35 ± 0,17		
Bağımlılık şiddeti ölçeği psikiyatrik sorunlar puanları	yok	21	0,39 ± 0,27	-2,04	0,04*
	var	29	0,54 ± 0,24		
Bağımlılık şiddeti ölçeği toplam puanları	yok	21	1,58 ± 0,87	-1,01	0,31
	var	29	1,824 ± 0,80		

MANİ VE ÖTİMİ ARASINDAKİ HEMATOLOJİK VE BİYOKİMYASAL PARAMETRE FARKLILIKLARI

Rugül Köse Cınar¹, Yasemin Görgülü¹, Mehmet Bülent Sönmez¹, Evnur Kahyacı Kılıç¹

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Abd., Edirne

Bipolar bozukluğu (BB) multisistem hastalıklar arasında yer alabileceği teorisi bu bozuklukla ilgili tanıya ve tedaviye yönelik yaklaşımlarımızı tekrar gözden geçirmemizi gerektirmektedir. BB dönemlerinde hipotalamo-pituiter-adrenal ve hipotalamo-pituiter-tiroid akslarında geçici bozulmalar olduğu bilinmektedir. Bozukluğun patofizyolojisinde biyokimyasal dengesizliklerin etkili olup olmadığını görmek için bu yönde ölçümler yapılması gerekir. Manik atakların ötimik döneme kıyasla subklinik inflamasyon, hemodilüsyon ve tiroid işlev bozukluklarıyla ilişkili olabileceğini öne sürmekteyiz. Bu amaçla psikiyatri ayaktan poliklinik ve yatan hasta servisimizde takip ettiğimiz BB olan hastaları belirledik ve manik atak sebebiyle yatış ve ortalama bir yıl sonra ötimi döneminde tam kan sayımı, total protein, albumin, tiroid işlev testleri sonuçlarını karşılaştırdık. Tüm karşılaştırılan parametreler mani ve ötimi arasında anlamlı farklılık içermekteydi. Manik atak sırasında ötimik dönemden daha yüksek periferik inflamasyon (nötrofil/lenfosit oranı ve trombosit/lenfosit oranıyla belirlenen), hemodilüsyon (daha düşük hemoglobin, hematokrit, total protein ve albümin), yüksek tiroksin ve düşük tiroid sitümüle edici hormon tespit edildi. Bu basit kan testlerini yorumlayarak hastaları prognoz açısından ve hatta ek sistemik tedaviler açısından değerlendirebileceğimiz söylenebiler.

Anahtar Kelimeler: mani, inflamasyon, hemodilüsyon

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNİN BİRİNCİ BASAMAK İLE ENTEGRASYONU

Abdulkadir Tabo¹

¹Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul

Ruh sağlığı hizmetleri genel olarak, hastane ve toplum temelli modeller olarak ikiye ayrılabilir. Hastane temelli yaklaşım, 1960'lardan itibaren gelişmiş ülkeler tarafından terk edilerek toplum temelli model esas alınmaya başlanmıştır. Son yıllarda ülkemizde de toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçiş çabaları hız kazanmıştır. Bu modelin başarısı için önemli hususlardan biri de, sistemin birinci basamak sağlık hizmetleri ile iyi bir entegrasyon sağlamasıdır(1).

Sağlık Bakanlığı 2011 yılında yayınladığı "Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı"(2011-2023) ile toplum temelli modele geçilmesini ve bu amaçla ağır ruhsal bozukluğu olan kişilere hizmet vermek üzere Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin (TRSM) açılarak ülke genelinde yaygınlaştırılması hedeflenmiştir((2).

Ağır ruhsal bozukluğu olan hastalarda genel popülasyona göre,daha fazla fiziksel hastalık ve daha kısa ortalama yaşam süresi olduğu bilinmektedir. Kullanılan ilaçlara bağlı metabolik sorunlar da sık görülmektedir. Bu hastaların iyi bir sağlık hizmeti almalarına engel olan bir çok faktör bulunmaktadır. Bu kişilerin birinci basamağa başvuru sıklığının genel başvuru sıklığına göre daha düşük olduğu, normal bireylerle göre fiziksel şikayetlerini kendiliğinden bildirmelerinin daha az olduğu bildirilmiştir(3). Ağır ruhsal bozukluğu olan kişilerin birinci basamak hizmetlerinden yeterince yararlanamamasında, hastalarla ilgili faktörler yanında, sağlık çalışanlar ile ilgili faktörler de önemli rol oynamaktadır (4).

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetinde aile hekimi uygulamasına geçilmiştir. Ruh sağlığı hizmetlerinin bu yeni modele adapte edilmesi gereklidir. Kendisine kayıtlı belirli bir nüfus esasına göre hizmet veren aile hekimliği uygulamasında,hekim-hasta ilişkisinin daha uzun süreli ve yakın olduğu düşünüldüğünde ruh sağlığı hastalarına hizmetin aile hekimlerince verilmesi ve gerek olduğunda ikinci veya üçüncü basamağa sevkı daha uygundur(2).Bu hedeflerin uygulamada henüz yeterince işlerlik kazanmadığı görülmektedir.

Toplum temelli ruh sağlığı modelinin etkin bir şekilde yürütülmesi için, aile hekimliği çalışanlarına yönelik kapsamlı ve etkin çalışmalar yapılması gereklidir. Aile hekimliği sistemi ile TRSM'ler arasında etkin bir işbirliğinin kurulması, bu hastaların ihtiyacı olan fiziksel ve psikiyatrik tedavinin en uygun şekilde verilmesini sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. Alataş G ve ark. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi. Nöropsikiyatri Arşivi 2009; 46 Özel Sayı: 25-9
2. TC Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı. Ankara,2011.
3. Phelan M ve ark. Physical health of people with severe mental illness. BMJ 2001;322:443-4
4. Arkan B ve ark. Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları: Son 10 Yılda Türkiye'de Yapılan Çalışmalar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011; 3(2):214-231

Anahtar Kelimeler: TRSM, Birinci Basamak, Entegrasyon

ROMATOİD ARTRİT HASTALARININ PSİKOSOMATİK ARAŞTIRMALARDA TANI KRİTERLERİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Nihan Coşkun¹, Buket Sevinç¹, Bahadır Genç¹, Aycan Kayalar¹, Gönen Mengi², Feride Göğüş², Behçet Coşar¹

¹Gazi Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

²Gazi Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

Psikosomatik Araştırmalar için tanı kriterleri (DCPR) 1995 yılında, hastalık modelinin geleneksel bileşenlerini genişletmek amacıyla uluslararası bir araştırma topluluğu tarafından tanımlanmıştır. DCPR 12 psikosomatik sendromdan oluşur. Bu sendromlar, klinik ortamda prognostik ve terapötik izdüşümleri olan işleve dönük tanımlamalardır. İlk 8 sendrom anormal hastalık davranışı ve hastalığa verilen tepkinin temel görünümünü belirtirken (sağlık anksiyetesi, fobik bozukluk, tanatofobi, hastalık inkarı, psikiyatrik bozukluklara ikincil fonksiyonel somatik sendromlar, ısrarlı somatizasyon, konversiyon belirtileri, yıldönümü reaksiyonu) diğer 4 sendrom ise (aleksitimi, demoralizasyon, irritabl duygudurum, tip A kişilik) tıbbi durumu etkileyen psikolojik bileşenleri göstermektedir.

Bu çalışma romatoid artrit hastalarının psikosomatik araştırmalarda tanı kriterleri değerlendirmek amacı ile romatoloji polikliniğine başvuran 60 hasta üzerinde yapılmıştır. Hastalarla klinik görüşme yöntemi ile sosyodemografik veri formu, DCPR ve hastalık anlamı ölçeği tamamlanmıştır.

Hastaların %75'inde en az bir, %26'sında ise en az 3 DCPR tanısı olduğu izlenmiştir. Bu tanılar arasında en sık olarak demoralizasyon (%43), ardından ise irritabl duygudurum (%31) izlenmektedir. Tanatofobi, persistan somatizasyon ve psikiyatrik bozukluklara ikincil fonksiyonel semptomlar en az izlenen (%3) tanı kategorileri arasında bulunmuştur. Tanıların sosyodemografik verilerle ilişkisine bakacak olursak irritabl duygudurum belirgin olarak kadınlarda daha fazla izlenmekteyken, medeni durum ile yalnızca tip A kişilik anlamlı oranda ilişkili bulunmuştur.

Bu çalışmada romatoid artrit hastalarında DCPR tanı kategorilerinden tıbbi durumu etkileyen psikiyatrik bileşenlerin, hastalığa verilen tepkiyle ilgili kriterlere göre daha fazla olduğunu görüyoruz. Literatürde romatoid artrit hastaları ile fibromiyalji hastalarını karşılaştıran benzer bir çalışmada da romatoid artrit hastalarında anormal hastalık davranışlarının daha az oranda görüldüğü izlenmiştir. DSM'de karşılığı olmayan DCPR tanılarında hastalık inkarına bakacak olursak poliklinik takibine devam etmekte olan hastaların %16'sında hastalık inkarının olduğunun ortaya çıkması şaşırtıcı görünmektedir. Bunun nedeni DCPR'da inkar ile kastedilenin psikanalitik literatürdekinden uzak daha çok sağlık hizmetlerinin kullanım alışkanlıklarını değerlendiren maddelerden oluşması olabilir. Yine yıldönümü reaksiyonu yalnızca 3 hastada izlenmiştir. Bu çalışma ile romatoid artrit hastalarında duygudurum belirtileri ile ilişkili tanıların, bedenselleştirme ve anormal hastalık tepkisi ile ilgili tanılardan daha sık konduğunu görmekteyiz. Bu belirtilere yönelik müdahale hizmetlerinin tanınlanması, etkinlik ve gerekliliğinin belirlenmesi konusunda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: psikosomatik hastalıklarda tanı kriterleri, romatoid artrit, irritabl duygudurum, demoralizasyon, DCPR

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA TÜKENMİŞLİK BELİRTİLERİ İLE D TİPİ KİŞİLİK ARASINDAKİ İLİŞKİ: KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

Atilla Tekin¹, Hekim Karadağ², Sinan Yayla³

¹Cizre Devlet Hastanesi, Diyarbakır

²Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Van

³Çorlu Devlet Hastanesi, Tekirdağ

Giriş: Bedensel ve ruhsal hastalıklar için kolaylaştırıcı bir etken olarak yorumlanan D tipi kişilik yapısı, çalışma hayatı ile ilgili sorunlara da sebep olmaktadır. D tipi kişilik yapısı olan bireylerin işe devam edememe, çabuk yorulma, daha fazla hastalık izni kullanma gibi sorunları daha fazla yaşadıkları bildirilmiştir (1,2). Bu çalışmanın amacı, sağlık çalışanlarında D tipi kişilik yaygınlığını ve D tipi kişilik ile tükenmişlik belirtileri arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Metod ve Materyal: Çalışmaya Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan, gönüllü 120 sağlık çalışanı (73 hemşire ve 47 doktor) dahil edildi. Her bir katılımcı, sosyodemografik veri formu ile beraber D tipi kişilik ölçeği ve Maslach tükenmişlik ölçeğini doldurdu.

Bulgular: Sağlık çalışanlarının %38.3'ünde (n=46) D tipi kişilik yapısı mevcuttu. D tipi kişilik yapısı olan sağlık çalışanlarının %43.5'i (n=20) erkek, %56.5'i (n=26) kadındı. D tipi kişilik yapısına sahip olan sağlık çalışanlarının ortalama duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma alt ölçek skorları D tipi kişilik yapısına sahip olmayan sağlık çalışanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (sırasıyla p=0.006 ve p=0.005). Kadınlarda ortalama duygusal tükenmişlik puanları erkekler göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p=0.007). Cinsiyetler arasında duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları açısından fark saptanmadı (sırasıyla p=0.533 ve p=0.480).

Tartışma ve Sonuç: Bilgilerimize göre, ülkemizde D tipi kişilik yaygınlığını araştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamız bu yönü ile ülkemizdeki ilk çalışma olma özelliğini taşımaktadır. Daha önce yayımlanmış yurtdışı çalışmalarda, D tipi kişilik yaygınlığı %13-38.5 arasında bildirilmiştir (3). Bizim çalışmamızda D tipi kişilik yaygınlığı, diğer çalışmalara göre biraz daha yüksek saptanmıştır. Bunun sebebi, doğu ve batı kültürleri arasındaki farklılıklar olabilir. Nitekim literatürdeki araştırmaların örneklemi Batılı kültürlerden oluşmaktadır. Bulgularımız, cinsiyetler arasında tükenmişlik belirtilerinin farklı olabileceğini de göstermiştir. Sonuç olarak, D tipi kişiliği olanlarda tükenmişlik düzeyi daha yüksektir. Sağlık çalışanlarında sosyal ilişkilerin geliştirilmesi ve olumsuz duyguların azaltılmasına yönelik çalışma programları tükenmişlik belirtilerinin azaltılmasına yardımcı olabilir.

Kaynaklar

1. Hanebuth D, Meinel M, Fischer JE: Health-related quality of life, psychosocial work conditions, and absenteeism in an industrial sample of blue- and white-collar employees: a comparison of potential predictors. J Occup Environ Med 2006;48(1):28-37.
2. Williams L, O'Connor RC, Howard S, et al. Type-D personality mechanisms of effect: The role of health-related behavior and social support. J Psychosom Res 2008;64:63-69.
3. Purvanova RK, Muros JP. Gender differences in burnout: A meta-analysis. J Vocat Behav 2010;77(2): 168-185.

Anahtar Kelimeler: duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma, tükenmişlik, D tipi kişilik

Tablo 1. D tipi kişiliğe sahip olan ve olmayan bireylerde tükenmişlik belirtileri

	<i>Tip D kişilik yapısı olanlar N=46 Ortalama (Standart Sapma)</i>	<i>Tip D kişilik yapısı olmayanlar N=74 Ortalama (Standart Sapma)</i>	<i>p</i>
Duygusal Tükenmişlik	20.72 (7.64)	16.34 (8.71)	0.006
Duyarsızlaşma	6.76 (4.23)	4.46 (4.25)	0.005
Kişisel başarıda azalma	11.76 (5.24)	9.70 (5.88)	0.054

DSM-5 BEDENSEL BELİRTİ ÖLÇEĞİ İLE DÜZEY 2 BEDENSEL BELİRTİ ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE FORMLARININ GÜVENİLİRLİK VE GEÇERLİLİKLERİ

Talat Sarıkavak¹, Kuzeymen Balıkcı¹, Ahmet Herdem¹, Orkun Aydın¹, Sığnem Öztekin¹, Fikret Poyraz Çökmüş¹, Didem Sücüllüoğlu Dikici¹, Kadir Aşçıbaşı¹, Fatma Akdeniz¹, Deniz Alçı¹, Emine Özge Çöldür¹, Serra Yüzeren¹, Ecenur Aydın Aşık¹, Ömer Aydemir¹, Ertuğrul Köroğlu²

¹Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilimdalı, Manisa

²Boylam Psikiyatri Hastanesi, İstanbul

Amaç: Bu çalışmada DSM-5 için hazırlanmış tüm bedensel belirti ölçeklerinin Türkçe formlarının güvenilirlik ve geçerlilikleri gösterilmiştir.

Yöntem: Araştırma Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri yataklı veya ayaktan kliniklerinde tedavi görmekte olan ve DSM-5 ölçütlerine göre herhangi bir bedensel belirti bozukluğu tanı ölçütlerini karşılayan hastalar ile sürdürülmüştür. DSM-5 ölçütlerine göre herhangi bir bedensel belirti bozukluğu tanı ölçütleri dışında herhangi bir ruhsal bozukluk tanı ölçütlerini karşılayan, sürekli tedavi gerektirir bir fiziksel veya nörolojik hastalığı bulunan hastalar alınmamıştır. Buna göre 31 bedensel belirti bozukluğu, 16 hastalık kaygısı bozukluğu ve 3 konversiyon bozukluğu hastası çalışmaya dahil edilmiştir. Herhangi bir ruhsal ya da bedensel hastalığı bulunmayan 100 gönüllü de sağlıklı kontrol grubunu oluşturmuştur. Bedensel Belirti Ölçeği ve Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği dışında en yaygın kullanılan özbeöz bildirim ölçeği olan Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ) birlikte geçerlilik için kullanılmıştır. Güvenilirlik analizlerinde içsel tutarlılık katsayısı ve madde-toplam puan korelasyon analizi; geçerlilik analizlerinde ise açıklayıcı faktör analizi ve birlikte geçerlilik için ise Pearson Korelasyon Analizi (PKA) kullanılmıştır. Ölçeğin özgüllük ve duyarlılığını saptamak amacıyla ROC analizi yapılmıştır ve eğrinin altında kalan alanın 0.90'ın üzerinde olması anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırma grubunun yaş ortalaması 29.0 ± 11.9 'dur ve örneklem grubunun %61.3'ü ($s=92$) kadındır. Grubun %63.3'ü yükseköğretim mezunu, %19.3'ü ilköğretim mezunu ve %10.7'si de lise mezunudur. Bedensel Belirti Bozukluğu grubunun hastalık süresi 17.4 ± 11.8 yıldır.

Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği'nin içsel tutarlılığı 0.83 ve madde-toplam puan korelasyon katsayıları 0.26-0.62 ($p<0.0001$) olarak elde edilmiştir. Bedensel Belirti Ölçeği'nin içsel tutarlılığı 0.96 ve madde-toplam puan korelasyon katsayıları 0.89-0.92 ($p<0.0001$) olarak elde edilmiştir.

Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği'nin açıklayıcı faktör analizinde tek faktörlü çözüm elde edilmiştir ve özdeğeri 4.67'dir, varyansın toplam %31.16'sını açıklamaktadır. Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği'nin maddelerinin faktör yükleri 0.41-0.78 arasında bulunmuştur. SAÖ ile korelasyon analizinde katsayı $r=0.59$ ($p<0.0001$) olarak hesaplanmıştır.

Bedensel Belirti Ölçeği'nin SAÖ ile korelasyon analizinde katsayı $r=0.83$ ($p<0.0001$) olarak hesaplanmıştır.

ROC analizi sonucunda eğri altında kalan alan Düzey 2 Bedensel Belirti ölçeği için 0.92, Bedensel Belirti Ölçeği için ise 0.98 olarak bulunmuştur.

Sonuç: Bu bulgularla Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği'nin ve Bedensel Belirti Ölçeği'nin Türkçe için güvenilir ve geçerli olduğu gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: dsm-5 bedensel belirti ölçeği, güvenilirlik, geçerlilik

MAJOR DEPRESYONLU HASTALARDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMATİK YAŞANTILARININ İNTİHAR DÜŞÜNCESİ VE İNTİHAR GİRİŞİMİ ÜZERİNE ETKİSİ

Fatma Gül Helvacı Çelik¹, Çiçek Hocaoglu²

¹Psikiyatri Kliniği, Muş Devlet Hastanesi, Muş

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Rize

Giriş ve Amaç: Çalışmamızın amacı major depresyonlu hastalarda çocukluk çağı travmatik yaşantılarının intihar girişimi üzerine olan etkisini literatür bilgileri eşliğinde tartışarak, hastalık seyri ile tedavisine yönelik farklı düşünceler geliştirmek ve literatüre katkıda bulunmaktır.

Gereç ve Yöntem: Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine depresif yakınmalar ile başvuran ve son 6 aydır herhangi bir psikiyatrik tedavi almayan DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre majör depresyon tanısı alan 18-65 yaş arası eğitim durumu uygun, okuduğunu anlayan en az ilkokul mezunu olan 106 hasta dahil edilmiştir. Tüm olgulara sosyodemografik ve klinik özellikler veri formu, SCID-I: (DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme), Hamilton Depresyon Ölçeği (HAD), Çocukluk Çağı Travmaları Soru Listesi uygulandı. Verilerin istatistiksel analizi SPSS 22.0 versiyonda yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılanların 86'sı (% 81.1) kadın iken, 20'si (%18.9) erkekti. Tüm hastaların yaş ortalaması 33.37±11.1, iken, kadınların yaş ortalaması 32.19±11.0 ve erkeklerin yaş ortalaması ise 38.45±10.31 bulundu. Çalışmaya alınan hastaların 36'sında (%34) intihar düşüncesi varken, %40.6 (n=43) hasta intihar girişiminde bulunduğunu belirtti. Çalışmaya dahil edilen hastaların %68.9'unda çocukluk çağı travmatik yaşantıları (ÇÇT) mevcut iken, %56.6'sında duygusal istismar, %37.7'sinde fiziksel istismar, %34'ünde cinsel istismar, %53.8'inde duygusal ihmal ve %44.3'ünde ise fiziksel ihmal olduğu saptandı. ÇÇT bulunmayan grubun %9.1'inde intihar düşüncesi varken, ÇÇT bulunan grubun ise %45.2'sinde intihar düşüncesi saptandı. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve intihar düşüncesi arasında anlamlı ilişki vardı (p=0,001). ÇÇT bulunanların %52.1'inde intihar girişimi varken, ÇÇT olmayan grubun sadece %15.2'sinde intihar girişimi olduğu saptandı. İntihar girişimi açısından da anlamlı farklılık olduğu gözlemlendi (p=0,001).

Sonuç: Çalışmamızda da çocukluk çağı travmatik yaşantısı olan major depresyonlu hastalarda çocukluk çağı travmatik yaşantısı olmayan major depresyonlu olgulara göre intihar düşüncesi ve intihar girişiminin anlamlı olarak daha yüksek olduğu olduğu saptanmıştır.

Kaynaklar

1. Coryell W, Young EA. Clinical predictors of suicide in primary major depressiv disorder. J Clin Psychiatry 2005;66(4):412-7.
2. Levitan RD, Parikh SV. Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: Relationship to neurovegetative features, mania, and gender. Am J Psychiatry. 1998; 155:1746-1752
3. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1999; 56:617-626.

Anahtar Kelimeler: çocukluk çağı travmatik yaşantısı, major depresif bozukluk, intihar düşüncesi, intihar girişimi

MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK VE BİPOLAR DEPRESİF BOZUKLUKTAKİ D VİTAMİNİ DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Nükhet Yiğitbaşı¹, Fatma Özlem Orhan¹, Hamza Şahin²

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Abd, K.Maraş

²Necip Fazıl Devlet Hastanesi Nöroloji Abd, K.Maraş

Amaç: Depresif bozukluklar, yüksek yaygınlık oranları göstermesi yanında tanı güçlükleri içermesi, yarattığı yeti yitimi ve ekonomik sonuçlar nedeniyle önemi giderek artmaktadır (1,2). Hem major depresyon hem de bipolar depresyon, hastanın ve toplumun bu olumsuz sonuçlarla karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır (3).

Çalışmalar: D vitamini eksikliğinin depresyonla ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu çalışmanın amacı; MDB veya BAB-D hastalarının D vitamini düzeylerinin sağlıklı kontrollerden farklı olup olmadığını ve MDB veya BAB-D tanısı konan hastaların D vitamini düzeylerinin depresif belirtiler şiddeti ile ilişkili olup olmadığını araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmamıza; MDB tanısı konan 90 hasta, BAB-D tanısı konan 30 hasta ve herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olmayan 56 kontrol olmak üzere toplam 176 kişi dahil edildi. Katılımcılara, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ), Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) uygulandı. Tüm hastalar ve kontrol grubundan venöz kan örnekleri alındı. Başta 25-OH vitamin D olmak üzere, Kalsiyum, Fosfor, iPTH, Albümin ve diğer rutin kan değerleri incelendi.

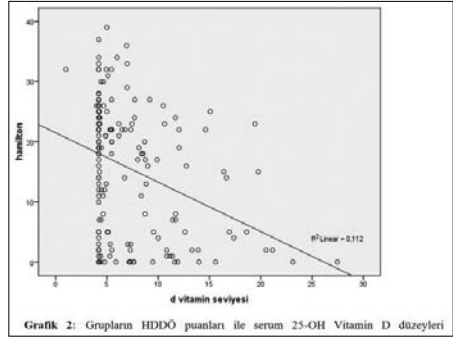
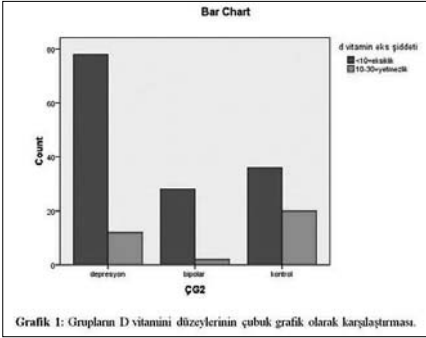
Bulgular: Elde edilen veriler uygun istatistiksel yöntemlerle analiz edildi. Yaptığımız çalışmada gruplar arasında MDB ve kontrol grubunun yaş ortalaması ve beden kitle indeksi dışında MDB, BAB-D ve kontrol grubu arasında cinsiyet, yaş ortalaması, medeni durum, sigara, alkol ve madde kullanımı ve güneş maruziyeti açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit edilmemiştir. Her üç grupta da D vitamini eksikliği (<10) belirgindi (Tablo 1). Ortalama değerleri bakımından MDB ve BAB-D vitamin D seviyesinin kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüş ancak MDB ve BAB-D arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Grafik 1). Tüm örneklem grubu birlikte değerlendirildiğinde (n=176) HDDÖ puanlarıyla serum vitamin D düzeyleri arasında anlamlı düzeyde negatif korelasyon bulunmuştur (Grafik 2).

Tartışma: Bu çalışma araştırdığımız kadarıyla BAB depresif epizoddaki olguların vitamin D düzeylerini ve bu düzeylerle depresyon ilişkisini değerlendiren ilk çalışmadır.

Çalışmamızda MDB grubunda ortalama vitamin D seviyesi 6.32 ± 3.36 , BAD-D grubunda ortalama vitamin D seviyesi 5.71 ± 3.01 iken, kontrol grubunda ortalama değer 9.04 ± 5.63 olarak saptandı. Çalışmamızın sonuçları, MDB ve BAB-D'de vitamin D düzeylerinin kontrol grubuna göre daha olumsuz olarak etkilendiğini gösterdi. Çalışmamızda tüm örneklem grubunu birlikte değerlendirdiğimizde (n=176) HDDÖ puanlarıyla serum vitamin D düzeyleri arasında anlamlı düzeyde negatif korelasyon bulunmuştur. (Korelasyon katsayısı: -0.334 , $p < 0.001$) (Grafik 2)

Çalışmamızda hem MDB, BAB-D hastalarında hem de sağlıklı kontrol grubunda vitamin D eksikliği ve yetersizliği oranları yüksek saptanmıştır. Sonuç olarak yeni tanı alan depresyon hastalarının tümünde vitamin D düzeyi bakılmalı ve eksiklikler ilave vitamin D ile desteklenmesinin faydalı olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: D vitamini yetersizliği, major depresif bozukluk, bipolar depresif epizod.



Tablo 1: Grupların D Vitamini düzeylerinin karşılaştırılması

<i>D vitamini düzeyleri</i>	<i>MDB (n=90)</i>	<i>BAB-D (n=30)</i>	<i>Kontrol (n=56)</i>	<i>p < 0.05</i>
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	
Eksiklik < 10	78 (%86.7)	28 (%93.3)	36 (%64.3)	
Yetmezlik 10-30	12 (%13.3)	2 (%6.7)	20 (%35.7)	
Yeterlilik 30-100	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	
Toksosite > 100	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	

VAROLUŞÇU YAKLAŞIMA DAYALI GRUP TERAPİSİNİN BİREYLERİN RUHSAL BELİRTİ DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Volkan Demir¹

¹Klinik ve Adli Psikoloji Derneği

Bu araştırma, varoluşçu yaklaşıma dayalı grup terapisi programının bireylerin depresif ruhsal düzeyleri üzerine etkisini araştırmak amacıyla yapılmıştır. Çalışmada katılımcıların ruhsal belirti düzeyleri SCL-90-R ruhsal belirti tarama listesi ile ölçülmüştür. Ön test ölçümünün ardından çalışma grubunda yer alan bireylere 10 oturumdan oluşan 90 dakika süren bir program uygulanmıştır. Uygulamaların bitiminden sonra aynı ölçme aracı son test olarak tekrar uygulanmıştır. Tek grup öntest - sontest kontrol grupsuz desenin kullanıldığı çalışmada veriler, Wilcoxon İşaretli Sıra Testi ile çözümlenmiştir. Yapılan analizler katılımcıların somatizasyon, depresyon ve kişilerarası duyarlılık belirti düzeylerini azaltmada olumlu bir etkiye sahip olduğunu ancak obsesif kompulsif, anksiyete, öfke düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm düzeylerini azaltmada etkili olmadığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: ruhsal belirti, varoluş, grup terapisi.

OBEZİTE'NİN CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARINA ETKİSİ

Naciye Kılıç Aydın¹, Aslı Sarandöl¹, Pınar Şişman², İsmail Hasan Köle³

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Endokrinoloji Bilim Dalı, Bursa

³Uludağ Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Obezite, yaşam kalitesi ve süresini olumsuz yönde etkileyen bir hastalık olup yüzyılımızın en önemli sağlık sorunudur (1) ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkilemektedir. Yaşam kalitesinin önemli parçalarından biri de, genelde obez kişilerde gözardı edilen, cinsel işlev bozukluklarıdır (CİB) (2). Obezlerde CİB diyabetes mellitusa(dm), metabolik sendroma, obez kişilerdeki üreme hormonlarındaki değişikliklere, anksiyete ve depresyon bozukluklarına bağlı olabilmektedir. Çalışmamızda bu etmenler olmaksızın obezitenin CİB ile benlik saygısına ve obezlerde benlik saygısının CİB' e etkisini araştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya dm, dislipidemi, anksiyete bozuklukları, depresyon bozuklukları tanıları olmayan beden kitle indeksi(BKİ) 30' un üzerinde olan 60 obez ve BKİ 30' un altında olan 60 normal kilolu gönüllü dahil edildi. Çalışmaya alınan tüm deneklerin demografik bilgileri, çalışmayı yürüten kişi tarafından yüz yüze görüşülerek, bu çalışma için oluşturulmuş olan sosyodemografik bilgi formu doldurularak alındı. Tüm deneklere Beck Depresyon Derecelendirme Ölçeği (BDE), Beck Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (BAE), Golombok Rust Cinsel Doyum Envanteri, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği uygulandı.

Bulgular: Çalışmamızda dm, dislipidemi, anksiyete bozuklukları, depresyon bozuklukları tanıları olmayan obezlerde CİB> in, normal kilolu gruba göre daha sık görüldüğünü($p<0,05$); obez kişilerde benlik saygısının daha düşük olduğunu($p<0,05$) ve benlik saygısı daha düşük olanlarda cinsel doyumun azaldığını($p<0,001, r=-0,481$), kadınlarda obezitenin orgazm bozukluğu için risk oluşturduğunu ($p<0,05$), erkeklerde obezitenin cinsel işlev bozukluğu için risk oluşturmadığını; kadınlarda BKİ arttıkça benlik saygısının düştüğünü, erkeklerde böyle bir korelasyonun bulunmadığını belirledik.

Sonuç: Obezite dünyada pandemi haline gelmesine rağmen, CİB ve obezitenin birlikteliğinden nadiren söz edilmektedir. Hem obez birey hem de partneri açısından kaygı uyandıran bu sorun sağlık profesyonelleri tarafından atlanabilmekte, obez bireyler tarafından dile getirilmemektedir. Obez bireylere, CİB hakkında başvuracakları yerler ve obeziteyle ilişkili cinsel işlevlerde yaşanan sorunlar hakkında bilgilendirme yapılması; toplumda bireylerin konuşmak istemedikleri kültürel, dini ve sosyal etmenlerin etkisi ile bastırılmasından dolayı mahrem kabul edilen cinsel sorunların hekimler tarafından sorulması, CİB ve cinsel doyumla ilişkili gibi görünen ve obez bireylerde daha düşük olduğu saptanan, benlik saygısı temel alınarak psikoterapötik yaklaşımlarda bulunulması bu hastaların tıbbi tedavisine yardımcı olabilir ve yaşam kalitesini arttırabilir.

Tablo 1. Cinsel İşlev Bozukluğu Oranları

	<i>Obez Grup %(n)</i>	<i>Obez Olmayan Grup %(n)</i>	<i>Toplam Gönüllü %(n)</i>	<i>p</i>
Kadında İlgî-Uyarılma Bozukluğu	%15 (n=9)	%6,7 (n=4)	%10,8 (n=13)	p=0,270
Cinsel organda pelviste ağrı içe girme bozukluğu	%1,7 (n=1)	%6,7 (n=4)	%4,2 (n=5)	p=0,679
Kadında orgazm bozukluğu	%16,7(n=10)	%5 (n=3)	%10,8 (n=13)	p=0,045
Erken boşalma	%6,7 (n=4)	%3,3 (n=2)	%5 (n=6)	p=0,679
Normal Cinsel İşlev	%60 (n=36)	%78,3 (n=47)	%69,2 (n=83)	p=0,048

Kaynaklar

1. Arslan M, Başkal N, Çorakçı A, Görpe U, Korugan Ü, Orhan Y, Özbey N, Özer E. Ulusal Obezite Rehberi. İstanbul: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Yayını; 1999.
2. Sarwer, David B., Megan Lavery ve ark. A review of the relationships between extreme obesity, quality of life, and sexual function. Obesity surgery 2012;22.4:668-76

Anahtar Kelimeler: obezite, cinsel işlev bozukluğu, benlik saygısı

KRONİK PSİKİYATRİK BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA İŞE HAZIRLIK PROGRAMININ ANKSİYETE VE BAŞA ÇIKMA DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Selma Ercan¹, Nejan Özden¹, Akfer Karaoğlu Kahiloğulları¹, Sibel Örsel¹

¹Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç: Bu çalışmada, özürlü devlet memurluğu sınavını kazanıp yerleştirilmeyi bekleyen beş hasta ile iş hayatına uyum sağlamaları amacıyla uygulanan işe hazırlık programının etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca ilk defa memurluğa atanan bireylerin bu konudaki düşünceleri değerlendirilmiştir. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde (TRSM) takipli DSM-V'e göre şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almış ve Özürlü Devlet Memurluğu sınavında başarılı olan 3'ü şizofreni ve 2'si bipolar tanısı olan 5 hasta çalışmaya alındı. İş hayatına hazırlık programı grup halinde haftada 1 saat olmak üzere 4 seans olarak planlandı. Seanslarda hastaların çalışma hayatı ve işle ilgili beklentilerinin değerlendirilmesi, gerçekçi beklentilerin oluşturulması, kaygı ve korkularının konuşulması, iş yaşamının gerektirdiği şartlar, kişilerarası ilişkiler, maaş yönetimi gibi konular ele alındı. Ayrıca son seansta ailelere bilgilendirme yapıldı. Veri toplama aşamasında, eğitimden önce ve eğitim sonunda katılımcılara Sosyodemografik Bilgi Formu, Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) uygulandı. Ayrıca katılımcılardan daha önceki iş deneyimleri, yaşadıkları zorluklarla başa çıkma tarzları, yeni işle ilgili beklentileri, ailenin beklentileri, yeni işle ilgili korku ve kaygıları, yaşayabilecekleri zorluklar, hangi konularda başarılı olabileceklerini düşündükleri, yeni bir işin hayatlarında neleri değiştirebileceği, hastalığın işle ilgili neleri etkileyebileceği ve çalışırken tedavinin nasıl sürdürüleceği gibi konularda bilgi alınmıştır.

Sonuç: Bu posterde bu çalışmanın sonuçları paylaşılacaktır.

Anahtar Kelimeler: kronik psikiyatrik bozukluk, mesleki rehabilitasyon, stresle başa çıkma.

PANİK BOZUKLUĞUNDA CİNSİYETİN ETKİSİ VAR MI

Selçuk Özdin¹, Ömer Faruk Kaçar², Neslihan Mızrak³, Gürler Güz⁴, Sercan Yılmaz⁵, Hatice Güz⁶

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı-Araştırma Görevlisi, Samsun

²İskenderun Devlet Hastanesi Psikiyatri Bölümü-Uzman Dr., İskenderun

³Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Bölümü-Uzman Dr., İstanbul

⁴Üsküdar Üniversitesi, Nöropsikiyatri Hastanesi Psikoloji Bölümü-Klinik Psikolog, İstanbul

⁵Çorlu Devlet Hastanesi Psikiyatri Bölümü-Uzman Dr., Tekirdağ

⁶Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı-Prof. Dr., Samsun

Amaç: Bu çalışmanın amacı DSM-IV tanı ölçütlerine göre panik bozukluğu tanısı konan hastalarda cinsiyetin semptom örüntüsü, eş tanı ve diğer sosyodemografik özellikler üzerine olan etkisini araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anksiyete Polikliniğine başvuran 56 kadın, 28 erkek hastadan oluşan toplam 84 kişi alınmıştır. DSM-IV tanı ölçütlerine göre panik bozukluk tanısı konan tüm hastalara sosyodemografik bilgileri içeren bir soru formu, Panik Agorafobi Ölçeği, Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği, Hamilton Anksiyete Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği, Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği, Sheehan Yeti Kaybı Ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: Kliniğimize başvuran ve panik bozukluk tanısı konan hastaların 56'sının (%66.7) kadın, 28'inin (%33.3) erkek olduğu saptanmıştır. Cinsiyete göre hastalar karşılaştırıldığında yaş grubu, başlangıç yaşı, hastalık süresi, beklenti anksiyetesinin olup olmaması, oronomik belirtilerin varlığı, depersonalizasyon-derealizasyon olup olmaması, fobik kaçınmanın varlığı, başlangıçta yaşam olayı, intihar düşüncesi, eş tanı açısından farklılık olmadığı bulunmuştur ($p \geq 0.05$). Hamilton anksiyete ölçeğinin alt skorlarından uykusuzluk maddesi erkek hastalarda kadın hastalara göre anlamlı derecede yüksek iken, somatik belirtiler alt skorunun kadın hastalarda daha yüksek olduğu görülmüştür ($p \leq 0.05$). Sheehan yeti kaybında ise "şu anda sorunlarınız nedeniyle sosyal yaşamınız ve zevk almak amacıyla yaptığınız etkinlikler ne düzeyde bozuldu" maddesine verilen cevaba göre erkek hastalarda bu alanda bozulmanın kadın hastalara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p \leq 0.05$).

Sonuç: Sonuç olarak çalışmamız panik bozukluğunun kadınlarda daha sık görüldüğünü belirlemekle birlikte, cinsiyetin hastalık şiddeti ve diğer sosyodemografik veriler açısından belirgin bir etkisinin olmadığını, kadın hastalarda somatik yakınmaların, erkeklerde yeti kaybı ve uykusuzluğun daha belirgin bozulduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: panik bozukluk, cinsiyet, klinik belirtiler, sosyodemografik özellikler

DEPERSONALİZASYON OLAN VE OLMAYAN PANİK BOZUKLUK HASTALARININ KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Selçuk Özdin¹, Şükriye Bayrak Özdin², Gürler Güz³, Ömer Faruk Kaçar⁴, Recep Bolat¹, Hatice Güz⁵

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü-Araştırma Görevlisi, Samsun

²Ondokuz Mayıs Devlet Hastanesi-Aile Hekimi Uzmanı, Samsun

³Üsküdar Üniversitesi Np Nöropsikiyatri Hastanesi-Klinik Psikolog, İstanbul

⁴İskenderun Devlet Hastanesi-Uzman Dr., İskenderun

⁵Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü-Prof. Dr., Samsun

Amaç: Bu çalışmada depersonalizasyon olan panik bozukluk hastaları ile olmayan panik bozukluk hastalarının sosyodemografik ve klinik özelliklerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmada daha önce Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'nde takip edilen panik bozukluk hastalarının geriye yönelik olarak dosyaları taranmıştır. Çalışmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anksiyete Polikliniğine başvuran 56 kadın, 28 erkek hastadan oluşan toplam 84 kişi alınmıştır. Çalışmaya alınma kriteri olarak da son 1 ay içinde panik atak geçirmiş olmak kabul edilmiştir. Hastalara sosyodemografik veri formu, Panik Agorafobi Ölçeği, Hamilton Anksiyete Ölçeği, Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği uygulanmıştır. Depersonalizasyon olan ve olmayan grup bu değişkenler açısından karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Polikliniğimize başvuran panik bozukluk hastalarının 52(%62) tanesinde depersonalizasyon saptanmış olup 32(%38) tanesinde depersonalizasyon saptanmamıştır. Depersonalizasyon olup olmamasına göre hastalar karşılaştırıldığında cinsiyet, eğitim düzeyi, beklenti anksiyete olup olmaması, panik atak sıklığı, Sheehan Yeti Kaybı Ölçeği ve Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği açısından aralarında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$). Depersonalizasyon olan grup ile depersonalizasyon olmayan grup karşılaştırıldığında yaş, Hamilton Anksiyete Ölçeği gerilim ve görüşme sırasındaki davranış alt başlıkları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Her iki grup arasında Panik Agorafobi Ölçeği total puanı açısından çok yüksek düzeyde istatistiksel anlamlılık saptanmıştır($p:0.000$). Her iki grup arasında ayrıca komorbid tanı($p:0.056$), Hamilton Anksiyete Ölçeği($p:0.067$) ve Hamilton Anksiyete Ölçeği Somatik alt başlığı($p:0.064$) açısından da anlamlılık eğilimi saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamızın sonucunda depersonalizasyonu olan panik bozukluğun panik bozukluk ölçeklerinde daha yüksek puanlar aldığı, 25-45 yaş arasında daha sık görüldüğü, gerilim belirtilerinin(gerilim duyguları, yerinde duramama, gevşeyememe, ürperme, kolayca ağlama, irkilme tepkileri, bitkinlik) ve görüşme sırasındaki huzursuz davranışlarının daha fazla olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: panik bozukluk, depersonalizasyon, klinik özellikler

DENETİMLİ SERBESTLİK POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Fatma Eren¹, Nermin Gündüz¹, Hatice Turan¹, Erkal Erzincan², Nesrin Dilbaz³

¹Erzurum Bölge Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Erzurum

²Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul

³Üsküdar Üniversitesi, İstanbul

Giriş: Türkiye’de denetimli serbestlik Avrupa Birliği müktesebatına uyum sürecinde başlamıştır. Ülkemizde 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu’nun 191 inci maddesinde öngörülen “Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak” suçundan dolayı haklarında Denetimli Serbestlik Kararı (DSK) verilenler ile 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu’nun 109’uncu maddesine göre adli kontrol altına alınmasına karar verilenlerden uyuşturucu, uyarıcı veya uçucu maddeler ile alkol bağımlılarının tedavilerine ilişkin yaptırımlar uygulanmaya başlanmıştır. Türkiye’de yasadışı madde kullanımı batılı ülkelerden daha düşük olsa da, madde kullanımına ilişkin bireysel ve sosyal problemler hızla artmaktadır. Bu problemlerin yaygınlaşması Türkiye’de de konu ile ilgili yeni yasal düzenlemelerin oluşturulmasını gerekli kılmıştır.

Denetimli serbestlik, hükümlülerin suç işlemesine neden olan davranışlarının düzeltilerek, tekrar suç işlemelerinin önlenmesi, ceza infaz kurumundan salverilen hükümlülerin takip edilmesi, madde bağımlılarının rehabilitasyonu, mağdurların uğradıkları zararın giderilmesi ve bu yolla toplumun korunmasıdır.

Bağımlılık tedavi merkezi (AMATEM) bulunmayan Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Psikiyatri Kliniği bünyesinde açılan Denetimli Serbestlik polikliniğine Erzurum il sınırları içinde yaşayan ve denetimli serbestlik kararı olan kişiler bağımlı olup olmadıklarına bakılmaksızın direkt olarak gönderilmektedirler.

Daha öncesinde Erzurum ilinde Denetimli Serbestlik polikliniğine başvuran hastalarla ilgili çalışmanın olmaması nedeni ile bu alanda bir ilk olan ve Ocak 2015 Aralık ayı içinde başlattığımız çalışmada hastaların sosyodemografik verilerinin, madde kullanım özellikleri ve diğer yasal suç kabul edilen unsurlarla karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamıza Denetimli Serbestlik Şubesi tarafından 10.01.2016-10.03.2016 tarihleri arasında yönlendirilen Bilişsel Fonksiyonları etkiler düzeyde nörolojik hastalık varlığı, Alkol ve/veya madde intoksikasyonu dışlanan hastalar alınmıştır. Çalışma öncesinde etik kurul onayı alınmıştır. Hastalara gönüllü bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmasının ardından ilgili hekim tarafından hastaların sosyodemografik bilgileri sorgulanmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan ölçek ve formlardan elde edilen veriler araştırmacı tarafından kodlanarak bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Toplanan veriler Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı 16 (Statistical Program for Social Sciences 16) kullanılarak çözümlenmiştir.

Tartışma: Çalışmamız devam etmektedir.

Kaynaklar

1. <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html> (18.06.2008 tarihinde ulaşılmıştır)

Anahtar Kelimeler: denetimli serbestlik, alkol, madde, bağımlılık

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik özellikleri

		N (%)
Eğitim durumu	Okur yazar	1(1.4)
	İlk okul mezunu	21(29.6)
	Orta okul mezunu	28(39.4)
	İlise mezunu	14 (19.7)
	Yüksek okul mezunu	5(7)
	üniversite mezunu	2 (2.8)
MESLEK	işsiz	15(21.1)
	işçi	38(53.5)
	esnaf	10(14.1)
	şoför	3(4.2)
	öğrenci	3(4.2)
	hayvancılık	2 (2.8)
MEDENİ DURUM	evli	21 (29.6)
	bekar	48(67.6)
	boşanmış	2 (2.8)
İŞ DURUMU	Tam günlük iş	31 (43.7)
	Yarım günlük iş	4 (5.6)
	Geçici/gündelik iş	16 (22.5)
	öğrenci	2 (2.8)
	işsiz	9 (12.7)
	cezaevinde	9 (12.7)
HASTANIN YAŞADIĞI YER	köy	3(4.2)
	ilçe	3(4.2)
	il	61 (85.9)
	cezaevi	4 (5.6)
AİLEDE MADDE KULLANIM VARLIĞI	evet	15 (21.1)
	hayır	56 (78.9)
HASTANIN MADDE KULLANIM SIKLIĞI	her gün	18 (25.4)
	haftada birkaç gün	14 (19.7)
	Haftada bir ya da daha az	14 (19.7)
	Ayda bir ya da birden az	25(35.2)

Tablo 1 Devam. Hastaların sosyodemografik özellikleri

		N (%)
AİLEDE KULLANILAN MADDE TÜRÜ	esrar	8 (11.3)
	eroin	1 (1.4)
	alkol	4 (5.6)
	çoklu madde	2 (2.8)
	yok	56 (78.9)
AİLEDE RUHSAL HASTALIK ÖYKÜSÜ	evet	3 (4.2)
	hayır	68 (95.8)
SON 1 AY İÇİNDE MADDE KULLANIMI	evet	26 (36.6)
	hayır	45(63.4)
HASTANIN KULLANDIĞI MADDE TÜRÜ	esrar	31 (43.7)
	bonzai	1 (1.4)
	alkol	2 (2.8)
	çoklu madde	37 (52.1)
SİGARA KULLANIM VARLIĞI	evet	68 (95.8)
	hayır	3 (4.2)
ALKOL KULLANIM VARLIĞI	evet	54 (76.1)
	hayır	17 (23.9)
HASTANIN YAŞAM ŞARTLARI	Eşi/çocukları ile	20 (28.2)
	Anne/baba	40 (56.3)
	cezaevi	11 (15.5)
HASTANIN ASKERLİK DURUMU	Yaşı gelmemiş	10 (14.1)
	Tecilli	14 (19.7)
	Normalden uzun (psikiyatrik nedeni)	8 (11.3)
	Askerliğe elverişsizdir (psikiyatrik nedeni)	5 (7)
	normal	34 (47.9)
KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI	evet	35 (49.3)
	hayır	36 (50.7)
EK ADLİ OLAY VARLIĞI	evet	55 (77.5)
	hayır	16 (22.5)
DAHA ÖNCE PSİKİYATRİK TEDAVİ ÖYKÜSÜ	evet	20 (28.2)
	hayır	51 (71.8)

PANİK BOZUKLUĞU OLGULARINDA, EMOSYON REGULASYONU, BAĞLANMA VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ, DİSOSİYATİF BELİRTİLERLE İLİŞKİSİ

Nur Özge Akçam¹, Şebnem Pırıldar²

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Abd., İzmir

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Abd., İzmir

Giriş: Bir üniversite hastanesine başvuran Panik bozukluğu olgularında emosyon regülasyonu, bağlanma paternleri ve çocukluk çağı ruhsal travmalarının, disosiyatif belirtilerle ilişkisinin araştırması amaçlanmıştır

Materyal ve Metod: Çalışmamıza, Ege Üniversitesi Tıp fakültesi Psikiyatri polikliniğine başvuran 85 gönüllü kişi alındı. Olguların onamları alındıktan sonra SCİD I, sosyodemografik veri formu, panik bozukluk şiddet ölçeği uygulandı. Daha sonra olgulara, DES, YİYEII, emosyon regülasyon anketi ve çocukluk çağı ruhsal travmaları ölçekleri verildi, belirtilen süre içinde doldurmaları istendi.

Toplanan tüm veriler SPSS 20 (Statistical Package for the Social Sciences) bilgisayar programı ile değerlendirilendi. İstatistiksel analizler yapılmadan önce verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirildi. Normal dağılıma uygunluk durumuna göre parametrik olan/ olmayan testlerle analiz yapıldı. Grup karşılaştırmalarında; parametrik değişkenler için t-testi veya ANOVA (varyans analizi) ile sonuçlar değerlendirilirken, parametrik olmayan değişkenlerde Mann Whitney U veya Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Kategorik veriler arasındaki farkları belirlemek için χ^2 testi uygulandı. Sayısal değişkenlerin birbirleriyle ilişkileri Pearson (parametrik değişken) veya Spearman (parametrik olmayan değişken) korelasyon analizi ile değerlendirildi. $p<0.05$ olan değerler anlamlı kabul edildi.

Bulgular: emosyon regülasyonunun disosiasyonla ilişkisi; ER Total ile DES puanı arasındaki korelasyon katsayısı 0.304 olarak bulunmuştur. Bu katsayı istatistiksel olarak anlamlıdır. (p -değeri=0.005 $<\alpha$ =0.05) ERimpulsivite (p -değeri=0.000 α <0.05), ERclarity (p -değeri=0.006 $<\alpha$ =0.005), ERGoals (p -değeri=0.000 $<\alpha$ =0.05) alt ölçekleri ile DES puanı arasında da anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Disosiasyon şiddetinin bağlanma paterni ilişkisi; DES ile yiye_kaygı arasında pozitif yönlü ($r=0.381$) ilişki elde edilmiştir. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı (p -değeri=0.000 $<\alpha$ =0.05) bulunmuştur. DES ile yiye_kaçınma arasında pozitif yönlü ($r=0.175$) ilişki elde edilmiştir. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p -değeri=0.110 $>\alpha$ =0.05)

Disosiasyon ile ççrt ilişkisi; DES puanı ile Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeği toplam puanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (p -değeri=0.087 $>\alpha$ =0.05). Benzer durum Çocukluk çağı ruhsal travma subgrupları arasında da geçerlidir. Hiçbir subgrup ile DES arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Sonuç: Panik bozukluk hastalarında disosiasyon puanı, duygu regülasyonunda güçlük ve kaygılı bağlanma paterni ile ilişkili bulunmuştur.

Disosiasyon puanı ile kaçınan bağlanma ve çocukluk çağı ruhsal travmaları ilişkili bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: emotion regulation, attachment, dissociation, panic disorder, Childhood Trauma Questionnaire

Tablo 1. (ERTOTAL-DES)

		<i>ERgoal</i>	<i>ERstrateji</i>	<i>ERimpulsivite</i>	<i>ERaware</i>	<i>ERclarity</i>	<i>ERnonacceptence</i>
DES	korelasyon katsayısı	0,378	0.211	0.482	-0.106	0.293	0.148
	p değeri	0.000	0.0052	0.000	0.335	0.006	0.178
	N	85	85	85	85	85	85

Tablo 2. (DES-YIYEII)

		<i>YİYE-KAYGI</i>	<i>YIYE-KAÇINGN</i>
DES TOTAL	korelasyon katsayısı	0.381	0.175
	p-değ	0.000	0.110
	N	85	85

Tablo 3. (DES-ÇCRT)

		<i>ÇCRT-total</i>	<i>Cinsel İstismar</i>	<i>Fiziksel İstismar</i>	<i>Duygusal İstismar</i>	<i>Duygusal İhmal</i>	<i>Fiziksel İhmal</i>
DESTOTAL	correlation coefficient	0.187	0.060	0.031	0.205	0.077	0.194
	p-değeri	0.087	0.585	0.780	0.059	0.485	0.076
	N	85	85	85	85	85	85

MAJOR DEPRESYONDA PENTRAKSİN MOLEKÜLLERİNİN ARAŞTIRILMASI

Abdullah Akpınar¹, Bilal Tanrıtanır², Kadir Demirci¹, Hikmet Orhan³, Süleyman Akif Çarsancaklı⁴

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.d., Isparta

²Yozgat Devlet Hastanesi, Yozgat

³Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik A.d., Isparta

⁴Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji A.d., Isparta

Giriş: Major Depresyon (MD) biyopsikososyal bir bozukluktur. MD patofizyolojisinde temel varsayım monoamin nörotransmisyonundaki işlev bozukluğudur. Bununla birlikte MD'de sitokinler gibi inflamatuvar biyobelirteçlerdeki değişimlerin saptanması inflamasyon ile MD arasında patofizyolojik bağlantılar olabileceğini ileri sürmektedir.

Pentraksin süper ailesi olarak adlandırılan moleküller; pentraksin 3 (PTX3), serum amiloid protein, serum reaktif protein (CRP), nöropentraksin 1 (NP1) ve nöropentraksin 2 (NP2) moleküllerinden oluşmaktadır. Pentraksin ailesi üyelerinin inflamatuvar süreç, nörotoksisite, angiogenez, sinaptogenez ve sinaptik plastisitede rol aldıkları saptanmıştır.

Bu araştırmada MD ve kontrol grubunda pentraksin molekülleri düzeyleri, MD'de pentraksin molekülleri ile epizod sayısı, hastalık şiddeti ve semptomları arasında olası bağlantıların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: MD grubu psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarla ileriye dönük çalışma dizaynı ile yapılmıştır. MD tanısı DSM-V esaslarına dayalı yapılandırılmış klinik görüşme ve düzeyi HDDÖ ile değerlendirilmiştir. Halen psikotrop-farmakolojik ilaç alanlar, herhangi bir tıbbi bozukluğu olanlar, gebelik, menapozu olanlar çalışma dışı bırakılmıştır. Fiziksel muayeneleri, boy, kilo, kan basıncı ölçümleri ve temel laboratuvar düzeyleri saptanmıştır. Pentraksin moleküllerinin düzeyleri çalışma gruplarının serumları ile ELISA yöntemiyle ölçülmüştür.

Bulgular: Depresyon grubunda serum NP1, NP2 düzeyleri sağlıklı gönüllü grubundan ileri düzeyde anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p=0.005$, $p=0.006$). PTX3 ve SAP düzeyleri benzerdi.

Depresyon grubunda PTX3-SAP molekülleri ($r=0.650$ $p=0.001$) ve NP1-NP2 ($r=0.984$ $p=0.001$) arasında ileri düzeyde istatistiksel anlamlılık ve kuvvetli korelasyon saptandı. PTX3-CRP arasında istatistiksel anlamlı bağlantı saptandı ($r=0.290$ $p=0.025$).

Bu moleküllerin HDDÖ alt madde puanları arasındaki bağlantı analizinde PTX3 düzeyleri ile HDDÖ-2 (suçluluk duyguları) ($r=0.219$ $p=0.049$), SAP düzeyleri ile HDDÖ-8 (psikomotor retardasyon) ($r=-0.214$, $p=0.041$) ve NP2 ile HDDÖ-14 (genital semptomlar) arasında ($r=-0.199$, $p=0.05$) istatistiksel olarak anlamlı bağlantılar saptandı.

Tartışma: Bu çalışmada major depresyonda NP1 ve NP2 düzeylerinin sağlıklılara göre düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Depresif bazı bulguların pentraksin molekülleri ile ilişkili olabileceği, depresyonda bazı pentraksin moleküllerinin kendi aralarındaki bağlantılı olabileceği gözlenmiştir. NP1 ve NP2 sinaps oluşumu, sinaptogenez, sinaptik plastisite ve sinaps düzenlenmesinde rol almaktadırlar. Psikotrop tedavilerinde NP1, NP2 ve diğer pentraksin moleküllerinin de hedeflenmesi depresyon tedavisine katkı sağlayabilir.

Sonuç: Pentraksin moleküllerinin major depresyon patofizyolojisi ve semptomları ile ilişkili olabileceği gözlenmiştir. Major depresyona yönelik hedef psikotrop ajanların saptanmasında bu moleküllerin de dikkate alınması katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: major depresyon, pentraksin, inflamasyon, molekül, biomarkır

ŞİZOFRENİDE SOSYAL İŞLEVSELLİK İLE SOSYODEMOGRAFIK VE KLİNİK ÖLÇEKLER ARASINDAKİ İLİŞKİ

Selma Ercan¹, Yasir Şafak¹, Sibel Örnel²

¹*Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Ankara*

²*Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Zonguldak*

Amaç: Şizofrenide psikososyal işlevsellikte bozulma, bireyin aile ve arkadaşlarla ilişkilerini sürdürmede zorluklara, sosyal etkileşiminin azalmasına ve iş yerinde yetersiz performans göstermesine yol açmaktadır. Literatürde hastalık psikopatoloji göstergeleri yanısıra yaş, cinsiyet, çalışma durumu, eğitim düzeyi ve hastalık süresi değişkenleri ile sosyal işlevsellik düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğu konusunda çalışmalar yer almaktadır. Klinik açıdan bakıldığında, belirtilerin şiddeti, sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesiyle anlamlı düzeyde ilişkili bulunmaktadır. Çalışmamızda, sosyodemografik ve klinik özelliklerle sosyal işlevsellik arasındaki ilişki incelenmiştir.

Yöntem: Çalışmaya DSM-V tanı kriterlerine göre şizofreni tanısı almış ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezine devam etmekte olan okur-yazar ve gönüllü 27 kişi katılmıştır. Hastalara Sosyodemografik Bilgi Formu, Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KSDÖ), Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (NBDÖ), Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (ÇŞDÖ) ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya katılan 27 hastanın 17'si erkek, 8'i kadındı. Hastaların yaş ortalaması 35.70 idi. Hastaların ortalama eğitim süresi 10.30 idi. Ortalama hastalık süresi 10.41 yıldır. Sosyal işlevsellik ölçeği alt ölçekleri ile cinsiyet, eğitim, medeni durum, hastalık yılı arasında ilişki saptanmadı. BPRS ile sosyal işlevsellik alt ölçeklerinden hobiler ve iş alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki saptanmazken, bağımsızlık-performans, bağımsızlık-yetkinlik, sosyal çekilme, kişilerarası iletişim ve öncül sosyal etkinlikler alt ölçekleri ile negatif yönde korelasyon saptanmıştır. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği ve sosyal işlevsellik puanları arasında hobiler, bağımsızlık-yetkinlik ve iş alt ölçekleri ile sosyal çekilme, kişilerarası iletişim, bağımsızlık-yetkinlik ve öncül sosyal etkinlikler alt ölçek puanları ile negatif yönde ilişki saptanmıştır.

Sonuç: Sosyodemografik verilerle sosyal işlevsellik arasında ilişki bulunmamıştır. Klinik açıdan BPRS puanlarının yüksekliği ile sosyal işlevsellik ölçeğinin birçok parametresi ilişkili görülmektedir. Klinik belirtilerin yoğunluğu ve depresif belirtiler sosyal işlevsellik alt ölçekleriyle ilişkili bulunmuştur.

Kaynaklar

1. Górna K, Jaracz K, Jaracz J, Kiejda J, Grabowska-Fudala B and Rybakowski J (2014). Social functioning and quality of life in schizophrenia patients: relationship with symptomatic remission and duration of illness. *Psychiatria Polska*, 48, 277-288.
2. Kundu PS, Sinha VK, Paul SE and Desarkar P (2013). Current social functioning in adult-onset schizophrenia and its relation with positive symptoms. *Industrial Psychiatry Journal*, 22, 65-68.
3. Santosh S, Dutta Roy D and Kundu PS (2013). Psychopathology, cognitive function and social functioning of patients with schizophrenia. *East Asian Arch Psychiatry*, 23, 65-70.

Anahtar Kelimeler: sosyal işlevsellik, şizofreni, sosyodemografik ve klinik özellikler

SUÇA SÜRÜKLENEN ÇOCUKLARDA PSİKİYATRİK KOMORBİDİTE

Emre Ürer¹, Gökçe Nur Say¹, Miraç Barış Usta¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Samsun

Giriş: Çocuk ve gençlerin suça karışması, tüm ülkelerde olduğu gibi ülkemiz içinde önemli bir sorundur. Çocuk suçluluğunda; aile, okul, sosyal çevre, göç gibi sosyodemografik özelliklerin yanında psikiyatrik hastalıklar ve nörobilişsel özelliklerin etkileri literatürde tartışılmaktadır. Çalışmamızda, adli kurumlar tarafından değerlendirme amacıyla psikiyatrik inceleme için gönderilen suça sürüklenen çocukların psikiyatrik ve nörobilişsel özellikleri değerlendirilmiştir.

Yöntem: 01.01.2014-01.01.2015 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Çocuk Ergen Ruh Sağlığı Polikliniğine adli kurumlar tarafından psikiyatrik değerlendirme amacıyla gönderilen 12-18 yaş arasındaki bireyler çalışmaya alınmıştır. Sosyodemografik veri formu çocuk ve ailesi tarafından doldurulmuştur. Çocuk klinik psikiyatrik görüşme ile psikiyatrik tanıları incelenmiştir ve WISC-R bataryası uygulanmıştır. Ayrıca psikiyatrik görüşme ile saptanan olası ek komorbiditeler de kaydedilmiştir.

Bulgular: Toplamda yaşları 11-17 arasında değişen, yaş ortalaması $13.99(\pm 1.28)$ olan, 8'i kız 53'ü erkek, toplam 61 suça sürüklenen çocuk değerlendirilmiştir. Değerlendirilen çocukların suçları; cinsel saldırı, hırsızlık, adam yaralama, yangın çıkarma, tehdit olarak gruplandırılmıştır. Suçların dağılımları sırasıyla 30(%49.2), 14(%23), 12(%19.7), 2(%3.3) ve 3(%4.9) olarak saptanmıştır. Klinik değerlendirme ve yapılan psikometrik test sonucunda 18 suça sürüklenen çocukta normalin altında zeka (donuk-normal zeka ve sınır mental kapasite) ve zeka geriliği tespit edilmiştir. Bu 18 suça sürüklenen çocuğun sırasıyla 6(%9.8), 4(%6.6), 7(%11.5), 1(%1.6) inde donuk-normal zeka, sınır mental kapasite, hafif derecede zihinsel gelişme geriliği ve orta derecede zihinsel gelişme geriliği saptanmıştır. En çok DEHB olmak üzere, toplamda 26 suça sürüklenen çocukta (%42.6) psikiyatrik komorbidite tespit edilmiştir. Çalışmamıza dahil edilen çocukların %42.6 (n:26) kadarı ceza ehliyeti var şeklinde değerlendirilmiştir. Ceza ehliyeti olan bireylerin sözel alt testlerinde olmayanlara göre anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0.009$, $u=275,000$, $z=-2.631$), ayrıca ceza ehliyeti olan bireylerin tüm test zeka katsayılarında olmayanlara göre anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0.008$, $u=274,000$, $z=-2.644$).

Tartışma: Güncel kanıtlar DEHB'nin çocukların suç davranışına katılım oranı ile ilişkili bir faktör olabileceğini göstermektedir. Kognitif defisitler ve düşük sözel becerilerin çocuklarda suç davranışı ile ilişkili olduğunu gösterilmiştir. Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak yüksek oranda psikiyatrik komorbidite tespit edilmiştir. WISC-R sözel alt testleri çocukların genel yargılama becerileri ilişkili olup ve dolayısıyla ceza ehliyeti için yordayıcı olabilir. Çocuk ve gençlerin adli psikiyatrik değerlendirmesi ve psikiyatrik tedavisi çocuğun korunabilmesi ve gelecekteki suçların önlenmesi açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: suça sürüklenen çocuklar, WISC-R, sözel alt test zeka katsayısı, psikiyatrik komorbidite, DEHB

EROİN BAĞIMLILIĞI OLAN BİR GRUP HASTADA TEDAVİ SÜRECİYLE BİRLİKTE ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN DEĞİŞİMİ

Vahap Karabulut¹, Cüneyt Evren¹, Fatma Yeşim Can¹

¹Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları E. A. Hastanesi, İstanbul

Amaç: Madde kullanım bozuklukları ile duygudurum ve anksiyete bozuklukları birbirine sıklıkla eşlik etmektedir. Opiyat bağımlılığı olan hastalarda komorbidit olarak anksiyete bozukluklarının %26-35 (1), depresif bozuklukların %16-75 (2) arasında değiştiğini bildiren çalışmalar vardır. Bu çalışma eroin bağımlılığı tanısını alan bir hasta grubunda yataklı tedavi süreciyle birlikte depresyon ve anksiyete düzeylerinin tedavinin başında ve sonunda değişimlerini incelemektedir.

Metod: Çalışmada 2013 yılı içerisinde İstanbul AMATEM kliniğine yatırılarak tedavi edilen, eroin kullanımına bağlı opiyat bağımlılık sendromu tanısını alan 13 hastanın verileri kullanıldı. Suboxone ile induksiyon fazı sonrası stabilize olan hastalara yatışlarının ilk haftası içinde Beck Depresyon Envanteri (BDE), Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI) verildi. Detoksifikasyon servisinde ortalama iki hafta süren tedavi sonunda, motive olan hastalar daha sonra toplam 11 oturumluk Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA) (3) psiko eğitim modülünün işlendiği ve toplam 28 gün kaldıkları başka bir terapi servise alındı. Hastalara taburcu olmadan bir gün önce ise aynı ölçekler tekrar verildi.

Bulgular: Toplam 13 hastanın 2'si kadındı. Yaş ortalaması $27,6 \pm 7,3$, eğitim süresi $9,1 \pm 3,5$, ilk maddeye başlama yaş ortalaması $14,8 \pm 2,5$, eroine başlama yaşı $19 \pm 3,3$ idi. Tedavinin başında ve 28 günlük terapi programının sonunda hastaların BDE, STAI puanları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tartışma: Çalışmamızda tedavinin başlangıcında uygulanan BDE puanı ölçeğin kesme noktasının üzerinde iken, tedavi süreci sonunda bu değer başlangıç puanına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşme gösterdi ($p=0,002$). Depresyon puanlarında görülen bu düşmeye ek olarak Sürekli Kaygı Envanterinde de anlamlı düşme saptanırken ($p=0,002$), Durumluk Kaygı Envanteri puanında anlamlı bir değişiklik izlenmedi ($p=0,494$). Sonuçlar suboxone idame tedavisine alınmış ve SAMBA psiko eğitim modülüyle desteklenen terapi sürecinin sonunda, depresif ve sürekli anksiyete skorlarında önemli azalmalar olduğunu göstermektedir. Klinisyen ek bir depresyon ve anksiyete bozukluğu tanısını koyma konusunda acele etmemeli ve yaklaşık 6 haftalık psiko eğitim bir tedavi sürecinin sonunda bu belirtilerde azalmalar olabileceğini öngörebilmelidir.

Kaynaklar

1. Fatséas M, Denis C, Lavie E, Auriacombe M. Relationship between anxiety disorders and opiate dependence--a systematic review of the literature: implications for diagnosis and treatment. J Subst Abuse Treat. 2010 Apr;38(3):220-30.
2. Brooner RK, King VL, Kidorf M, et al. Psychiatric and substance comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. Arch Gen Psychiatry 1997; 54:71-80.
3. Ögel K., Koç C., Aksoy A., İşmen M. Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA). Yeniden Yayınları, İstanbul, 2011.

Anahtar Kelimeler: eroin, depresyon, anksiyete, suboxone, BDE, STAI, SAMBA

Tablo 1. Başlangıç ve tedavi sonu BDE, STAİ puanlarının karşılaştırılması

	<i>Başlangıç</i>	<i>Tedavi Sonu</i>	<i>P değeri</i>
BDE	21,5±14,6	7,0±5,8	0,002
Durumluk Kaygı	38,5±6,8	41,2±11,8	0,494
Sürekli Kaygı	45,7±8,2	34,7±10,7	0,002

POSTER BİLDİRİLER

BİR ÖZGÜL FOBİ OLGUSUNUN GÖZ HAREKETLERİ İLE DUYARSIZLAŞTIRMA VE YENİDEN İŞLEME (EMDR) YÖNTEMİ İLE TEDAVİSİ

Onur Okan Demirci¹, Eser Sağaltıcı², Abdullah Yıldırım³

¹Tatvan Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Bitlis

²Bitlis Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Bitlis

³Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Van

Giriş: Özgül fobiler DSM-5 'te kaygı bozuklukları ana başlığı altında sınıflandırılmaktadır. Özgül fobiler, özgül bir nesne veya durumla ilgili yüksek seviyede kaygı veya korku yaşanması durumlarıdır. Fobi kaynağı, her zaman kaygı veya korkuya sebep olmaktadır. Bu etkenden doğrudan kaçınma davranışı veya katlanma durumu bulunur. Her ne kadar EMDR sadece Travma sonrası stres bozukluğu tedavisinde kanıtlanmış bir psikoterapi yöntemi olsa da çeşitli ruhsal hastalıklarda da kullanıldığına ve olumlu sonuçlar alındığına dair bilimsel bildirimler mevcuttur.

Olgu: D.P. 26 yaşında bekar, çalışan kadın hasta kuş fobisi şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Alınan detaylı öyküsü hastanın şiddetli kuş fobisi olduğu, daha önce bir çok kez tedavi girişiminde bulunduğu, çeşitli antidepressan ilaçlar kullandığı fakat fayda görmediği, bu nedenle uzun süredir tedavi girişimlerine ara verdiği öğrenildi. Bize başvurusundan birkaç gün önce banka şubesine giren bir kuş nedeni ile sinir krizi geçirdiğini anlattı. Bunun üzerine yeniden tedavi girişiminde bulunmak için polikliniğimize başvurduğunu söyledi. Kuş fobisi haricinde herhangi bir durum için belirgin özgül bir kaygı veya korku belirtmemekteydi. Daha önce BDT uygulamasından fayda görmeyen hastaya EMDR uygulanmasına karar verildi. Psikiyatrik öykü alınması ve EDMR tanıtım seansları hariç toplam 8 seans EMDR uygulandı. Hasta SUD düzeylerini başlangıçta "10" seviyesinde, VOC düzeylerini ise "1" seviyesinde belirliyordu. Her şeyin hasta 5-6 yaşlarında iken başladığını söyledi. Anneannesinin evinde tavan arasındaki odada dayısının güvercin beslediğini söyledi. Bazen dayının güvercinlere bakması için hastayı tavan arasına çıkardığını ve yalnız kaldıklarında dayısının kendisine cinsel tacizde bulunduğunu söyledi. 6, 7 ve 8. seanslar kaynak anı olduğunu düşündüğümüz bu anı ile ilgili çalışıldı. Her seansta SUD seviyeleri giderek azaldı. 8. Seans sonunda SUD düzeyi "0" a inmiş, VOC düzeyi "7" ye yükselmişti. Hasta bundan sonraki süreçte kontrollere çağrıldı. 6 ay sonunda hastanın güvercin fobisi ile ilgili hiçbir şikayetin olmadığı öğrenildi. Hasta bankadaki işine devam etti. 6. ay kontrolünden sonra hasta ile süreç sonlandırıldı.

Tartışma ve Sonuç: Günümüzde EDMR yönteminin kanıtlanmış tek kullanım alanı travma sonrası stres bozukluğu olmasına rağmen, özgül fobiler, sosyal fobiler, vajinismus gibi başka psikiyatrik tanılarda da kullanıldığına dair olgu sunumları ve makaleler mevcuttur. Özgül fobilerin tedavisinde farmakolojik tedavilerin yanı sıra bilişsel ve davranışçı terapiler de kullanılmaktadır. Kombine tedavilerin kullanıldığı durumlarda mevcuttur. Özgül fobilerde EMDR' nin etkin olduğuna dair yayınlar mevcuttur. Bu olguda özgül fobisi bulunan bir hastaya 8 seans EMDR uygulanmış ve seanslar sonunda SUD ve VOC düzeylerinde başarılı sonuçlar alındıktan sonra hastada şikayet ettiği özgül fobi durumunun artık bulunmadığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: EMDR, özgül fobiler, kaygı bozuklukları

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN ASİSTAN HEKİMLERİN DEPRESYONA YÖNELİK TUTUMLARI

Fikret Poyraz Çökmüş¹, Kadir Aşçıbaşı¹, Erol Özmen¹, Emin Oryal Taşkın¹

¹Celal Bayar Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Manisa

Giriş: Ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve damgalamayı etkileyen bir çok faktör bulunmaktadır. Bunlardan birisi de meslektir. Mesleğin özellikle de sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara ilişkin tutumlarının değerlendirildiği birçok çalışma Türkiye’de ve yurtdışında yapılmıştır. Asistan hekimlerin depresyona yönelik tutumlarının branş fark etmeksizin değerlendirildiği bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada asistan hekimlerin depresyona ilişkin bilgi ve tutumları ve bunları etkileyen etkenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem ve Gereçler: Araştırma Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde yürütülmüştür. Araştırmanın verileri PAREM araştırmacıları tarafından geliştirilen anket formunun 32 maddelik depresyon alt boyutundan oluşmuştur. Ankette depresyon ile ilgili 32 soru bulunmaktadır. Sosyodemografik veri formunda ise 22 maddelik bilgi formu uygulanmıştır.

Bulgular: % 54,7 (n:93)’sini kadınların oluşturduğu katılımcıların yaş ortalaması 28.07±2.40 (min-max: 24-42) olarak bulunmuştur.

Tanımlanan olgu örneği için katılımcıların %97,6 (n=166)’sı ruhsal bir hastalığı olduğunu belirtmiştir. Depresyonu “bir hastalık” olarak görenlerin oranı %97,6 (n= 166), bir akıl hastalığı olarak görenlerin oranı %14,1 (n=24), ruhsal bir zayıflık hali görenlerin oranı %67,1 (n=114) olarak bulunmuştur.

Katılımcıların % 70,6 (n=120)’sı depresyonlu bir kişiyle çalışabileceğini, %72,4 (n=123)’ü depresyonlu bir komşusunun olmasının kendisini rahatsız etmeyeceğini belirtmiştir. Katılımcıların %45,9 (n=78)’u depresyonu olan bir kişiyle evlenebileceğini söylerken; %17,1 (n=29) ‘i depresyonu olan kişiye evini kiraya vermeyeceğini söylemiştir.

Tartışma: Asistan hekimlerin tamamına yakını verilen olguda ruhsal bir rahatsızlık olduğunu düşünmekte fakat sadece yedide biri depresyonu olanları akıl hastası olarak nitelendirmektedir. Türkçe’de “akıl hastalığı” teriminin daha düşük düşürücü ve damgalayıcı anlam taşıdığı daha önceki çalışmalarda gösterilmiştir (1). Kırsal kesimde yapılan çalışmada (2) ise akıl hastası ve ruhsal hastalık arasındaki fark daha azdır. Bu da göstermektedir ki asistan hekimlerin akıl hastalığı ile ruhsal hastalığı birbirinden farklı kavramlar olarak algılamakta ve akıl hastalığını daha ciddi bir durum olarak algılamaktadır.

Asistan hekimler depresyon etiyojisinde çok yüksek oranlarda sosyal sorunlara önem verilmiştir. Sadece beşte biri depresyonu doğuştan gelen bir hastalık olarak görmüştür. Bu oranlar kırsal kesimde yapılan çalışma (2) ile neredeyse aynıdır. Bu da depresyonun etiyojisinde, asistan hekimler tarafından depresyonun biyopsikososyal modelinin sosyal bileşenine ağırlıkla pay biçtiklerini gösterebilir.

Kaynaklar

1. Üçok, A. (1999). Şizofreni: Dama, Mitler ve Gerçekler. Psikiyatri Dünyası,3(3), 67-71.
2. Taşkın, E. O., Şen, F. S., Özmen, E., & Aydemir, Ö. (2006). Kırsal kesimde depresyonlu hastalara yönelik tutumlar: sosyal mesafe ve etkileyen etmenler. Psychiatry in Türkiye, 8, 11-7.

Anahtar Kelimeler: asistan hekim, depresyon, tutum

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN ASİSTAN HEKİMLERİN ŞİZOFRENİYE YÖNELİK TUTUMLAR

Kadir Aşçıbaşı¹, Fikret Poyraz Çökmüş¹, Erol Özmen¹, Emin Oryal Taşkın¹

¹Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Manisa

Amaç: Bu araştırmada bir üniversite hastanesinde çalışan asistan hekimlerinin şizofreniye ilişkin bilgileri/tutumları ve etkileyen etkenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmanın örneklemini 170 asistan hekim oluşturmuştur. Tutumların değerlendirilmesinde, Psikiyatrik Araştırma ve Eğitim Merkezi(PAREM) tarafından geliştirilen 32 maddelik şizofreni anket formu kullanılmıştır(2). Ayrıca, araştırmacıların oluşturduğu 22 maddelik sosyodemografik veri formu kullanılmıştır. Veriler, kapalı zarf içinde dağıtılan anketlerin yine aynı şekilde alınmasıyla toplanmıştır.

Bulgular: %54,7 (n=93)'sini kadınların oluşturduğu örneklemin yaş ortalaması 28.07±2.40 (min=24-max=42) olarak bulunmuştur. Şizofreniyi “bir hastalık” olarak gören katılımcıların oranı %98,8 (n=168), “akıl hastalığı” olarak görenlerin oranı %78,2 (n=133)'dir. Örneklemin; %64,1 (n=109)'i şizofreninin doğuştan gelen bir hastalık olduğunu, %71,8 (n=122)'i şizofreninin tam olarak düzelmeyeceğini, %60 (n=102)'i şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçların bağımlılık yapacağını, % 81.8 (n=139)'i ciddi yan etki yapacağını belirtmiştir. Şizofreni hastalarının saldırgan olduğunu düşünenlerin oranı %57,1 (n=97), serbestçe dolaşmamaları gerektiğine inanların oranı %42,9 (n=73)'ü olarak bulunmuştur. Katılımcıların %5,9 (n=10)'u şizofrenili bir kişiyle evlenebileceğini, %37,6 (n=64)'sı çalışabileceğini, %32,4 (n=55)'ü komşusunun şizofreni hastası olmasının kendisini rahatsız etmeyeceğini, %64,7 (n=110)'si şizofreni hastası olan kişiye evini kiraya vermeyeceğini belirtmiştir.

Sonuç: Asistan hekimler; şizofreniyi yüksek oranda doğru olarak tanımakta, ancak yüksek oranda da “bir akıl hastalığı” olarak tanımlamaktadır. Asistan hekimler, şizofreni etiolojisinde genetik etmenlere daha fazla önem vermekte, şizofreninin tedavi edilebildiğine ama tam düzelmenin sağlanamayacağına inanmaktadır. Kullanılan ilaçlarla ilgili bilgileri, genel halkın bilgilerine benzer şekilde yetersizdir. Hastalara yaklaşım açısından ise asistan hekimlerin tutumları halka göre daha olumsuzdur. Bu durumun en olası nedenleri; asistan hekimlerin şizofreni hakkında halka göre daha fazla bilgi sahibi olmaları (doğru bilgi şizofreni için sıklıkla olumsuz tutumlara neden olmaktadır) ve tablonun daha fazla bir akıl hastalığı ile ilişkilendirilmiş olmasıdır(1).

Kaynaklar

- Özmen E, Taşkın EO, Özmen D, Demet MM(2004) Hangi etiket daha damgalayıcı:Ruhsal Hastalık mı? Akıl Hastalığı mı? Türk Psikiyatri Dergisi, 15:47-55.
- Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Ögel K, Tamar D(2001) Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırma. Türk Psikiyatri Dergisi, 12:99-110.

Anahtar Kelimeler: asistan hekim,damgalama,şizofreni, tutum

PSİKOJENİK PRURİTUS VE BUNA BAĞLI EREKTİL DİSFONKSİYON TEDAVİSİNDE MİRTAZAPİN KULLANIMI: BİR OLGU SUNUMU

Onur Okan Demirci¹, Hülya Çeçen¹, Eser Sağaltıcı², Bülent Bilgi³

¹Tatvan Devlet Hastanesi, Bitlis

²Bitlis Devlet Hastanesi, Bitlis

³Medilife Beylikdüzü Hastanesi, İstanbul

Giriş: Pruritus'un kelime anlamı vücutta hoş olmayan kaşınma arzusudur. Kaşıntı bir hastalık olmamakla birlikte sadece bir belirtidir. Deri hastalığı, sistemik hastalıklar, ilaçlar, fizyolojik nedenler ve ruhsal nedenler gibi durumlara bağlı ise patolojiktir. Patolojik kaşıntı nedenleri oldukça fazla olmakla birlikte sadece ruhsal nedenlere bağlı ise psikojenik pruritus olarak adlandırılır. Daha geniş bir ifade ile organik nedenlere bağlı olmayan, psikojenik faktörlerle ortaya çıkan veya şiddetlenen, sürekli hal almış somatoform kaşıntılardır (1).

Erektile disfonksiyon, normal bir cinsel ilişki için yeterli düzeyde penis ereksiyonunun sağlanamaması ve bunun süreklilik arz etmesi durumudur. Erektile disfonksiyonun dünyadaki en sık nedeni psikojenik faktörlerdir.

Olgu: 43 yaşında, evli, lise mezunu, çalışan hasta polikliniğimize vücutta hemen her gün olan yaygın kaşıntı şikayeti ile uzman cildiye hekimi tarafından yönlendirildi. Hastanın alınan öyküsünde şikayeti için tüm dahili tetkiklerin yapıldığını ve herhangi bir organik patoloji saptanmadığı öğrenildi. Hasta kaşıntısının özellikle geceleri arttığını, tatil dönemleri kaşıntısı olmadığını, kaşıntı nedeni ile geceleri uyuyamadığını, aşırı derecede iştahsız olduğunu belirtti. Kaşıntı şikayetleri başladıktan sonra cinsel istekte azalma ve peniste sertleşme sorunu başladığından bahsetti. Hastaya Beck Anksiyete(BAÖ) ve Arizona Cinsel Yaşantılar ölçekleri(ACYÖ) uygulandı. Tedavi öncesi BAÖ skoru 16, ACYÖ skoru 25 idi. Hastanın tedavisine 15 mg/gün mirtazapin ile başlandı daha sonra tedavi dozu 45mg/gün'e çıkarıldı. 3 aylık takipler sonunda BAÖ skoru 4'e, ACYÖ skoru 12'ye geriledi. Hasta kaşınma şikayetlerinin kendi tarifi ile hemen her günden ayda 1-2 güne düştüğünü belirtti. Uykularının ve iştahının düzeldiğini, sertleşme sorununun kalmadığını ifade etti.

Tartışma: Literatürde mirtazapin kullanımının özellikle gece kaşıntılarını azalttığına dair yayınlar mevcuttur (2). Mirtazapinin aynı zamanda düşük dozlarda sedatif etkisinin ve iştah açıcı etkisinin olduğu bilinmektedir. Ayrıca sexüel içerikli rüyalarda artışa neden olduğuna dair olgu sunumları mevcuttur. Yine literatüre baktığımızda mirtazapinin sexüel disfonksiyon yaptığına dair yayınlar olsa da sexüel disfonksiyonu bulunan hastalarda düzelme sağladığına dair yayınlar da mevcuttur. Bizim olgumuzda da literatüre uyumlu olarak mirtazapin kullanımı sonrası kaşıntı şikayetlerinde tama yakın düzelme, uyku ve iştah sorununda düzelme sağlanmıştır. Bunun yanında erektile disfonksiyonda belirgin iyileşme, BAÖ ve ACYÖ skorlarında anlamlı azalma gözlemlenmiştir.

Kaynaklar

1. Harth W, Hermes B, Niemier V, Gieler U. Clinical pictures and classification of somatoform disorders in dermatology. EJD 2006;16: 607-14.
2. Hundley, J. L., & Yosipovitch, G. (2004). Mirtazapine for reducing nocturnal itch in patients with chronic pruritus: a pilot study. Journal of the American Academy of Dermatology, 50(6), 889-891.

Anahtar Kelimeler: Psikojenik pruritus, erektile disfonksiyon, mirtazapin

DSM-5'İN YENİLİKLERİNDEN 'DERİ YOLMA BOZUKLUĞU': 'BİR OLGU SUNUMU'

Hasan Mervan Aytaç¹, Kübra Nur Kaya², Çiçek Hocaoglu¹

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Rize

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Rize

Deri yolma bozukluğu, dermatolojik bir problem olmaksızın, deri dokusunda hasara neden olan, cildin aşırı ve yineleyici şekilde yolunması ile karakterize bir tablodur. Normal yolma davranışından farklı olarak psikojenik deri yolma yineleyicidir ve deride ciddi biçimde hasara hatta hayatı tehlike oluşturacak sonuçlara neden olabilir. Bazı hastalar sık ancak kısa süren yolma atakları tanımlarken, bazıları da daha seyrek olan ama birkaç saat süren ataklar tanımlamaktadır. DSM-5' e kadar sınıflandırma sistemlerinde ayrı bir tanı kategorisi olarak yer almayan deri yolma bozukluğu DSM-5'de Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar kategorisinde bağımsız bir tanı olarak yer almıştır. Bu güne kadar tanı sınıflandırma sistemlerinde yer almayan deri yolma bozukluğunun psikiyatrlar tarafından yeterince tanınmamasına, hastalara doğru tanı konamamasına ve uygun tedavinin düzenlenememesine neden olmuştur. Olgu bildirimleri, açık-etiketli çalışmalar ve çift-kör çalışmalarda deri yolma bozukluğunun tedavisinde seçici serotonin geri alım inhibitörleri, özellikle alışkanlığı tersine döndürülmesinin etkili olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada psikiyatri polikliniğimize son 4 yıldır yüzünde ve her iki kol, bacakta belirgin açık yaraları olan deri yolma bozukluğu yakınması ile başvuran tedavisi fluoksetin 40 mg/gün, risperidon 1mg/gün olarak düzenlenen 34 yaşındaki kadın hasta literatür bilgileri ışığında sunulacaktır.

Kaynaklar

1. Aydın PÇ, Gülseren L. Deri yolma bozukluğu. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2014; 6(4):401-428.
2. Grant JE1, Odlaug BL, Chamberlain SR, et al. Skin picking disorder. Am J Psychiatry. 2012;169(11):1143-9.
3. Snorrason I, Bjorgvinsson T. Diagnosis and treatment of hair pulling- and skin picking disorder. Laeknabladid. 2012 Mar;98(3):155-62.
4. Şahin E, Kalyoncu OA, Pektaş Ö, ve ark. Fluoksetin ve bilişsel davranışçı terapiye birarada yanıt veren obsesif kompulsif bozukluğa bağlı ölümcül deri yolma: bir olgu sunumu. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2004; 14:88-91.
5. Simeon D, Stein DJ, Gross S, et al. A double-blind trial of fluoxetine in pathologic skin picking. J Clin Psychiatry. 1997 ;58(8):341-7.

Anahar Kelimeler: psikojenik deri yolma, deri yolma bozukluğu, tedavi

'VIRCHOW - ROBIN MESAFESİ' OLAN HASTALARDA PSİKİYATRİK BELİRTİLER: BİR OLGU SUNUMU

Gözde Salihoğlu¹, Çiçek Hocaoglu¹

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Rize

Beyin yüzeyini delerek dokunun içine doğru ilerleyen küçük arter ve arteriollerin çevresini saran, pia ile döşeli perivasküler alan, Virchow-Robin Mesafesi (VRM) olarak adlandırılmaktadır. VRM'ler tipik olarak anterior komissürün vertekse yakın bölgeleridir ve diğer bölgelerdeki VRM'lar yüksek rezolusyonlu tekniklerle gösterilebilir. Her ne kadar VRM'nin etiolojisi belli olmasa da; demanslı, epilepsili, kafa travmalı, yüksek kan basınçlı hastalarda VRM saptanmıştır. Ayrıca, VRM obstruktif hidrosefaliye neden olabilir. VRM'nin ayırıcı tanısı laküner infarkt, tümör, demyelinizasyon ve vaskülit içermektedir. Ayırıcı tanıda infarkt, tümör, vaskülit ve demyelinizasyon gibi durumlar yer almaktadır. Kitle etkisi oluşturmamaklarından genellikle semptomsuzdurlar ve tesadüfen rastlanırlar. Normal beyinlerde bazal gangliyonlarda az sayıda VRB görülme oranı % 60 ve pediatrik yaş grubunun % 80'inde saptanmıştır. Çok fazla sayıda sıkıca kümelenmiş olanları kistik görünüm oluşturmakta ve yanlış tanıya neden olabilmektedir. Normalde mikroskobik olan VRM'ler genişlediğinde, manyetik rezonans görüntülerinde gözlenebilirler. VRM'nin radyolojik görüntüsünün ve "genişleme"nin tanımı hakkında görüş birliği yoktur Bir değerlendirmede 2 mm sınır olarak kabul edilmişken, diğerinde boyuttan çok şeklin patolojiyi tanımladığı ileri sürülmüştür. MR görüntülemelerinde ince kesitler alındığında, özellikle uzun-TR sekanslarında VRM'lerin neoplazi, küçük damar hastalığı, demyelinizan hastalık ve postiktal değişikliklerle karıştırılması olasıdır. Ayrıca VRM'ler kimi zaman patolojik anlamı olmaksızın görülebilir. VRM olan hastalarda bazen tıbben açıklanmayan bedensel ile ruhsal belirtiler izlenebilir. Klinisyenler mevcut klinik durumun açıklanmasında güçlükler yaşayabilir. Bu çalışmada yaklaşık 10 yıldır şiddetli baş ağrısı ve depresif bozukluk tanıları ile farklı tedaviler alan ancak, yakınmaları düzelmeyen sistemik nörolojik muayenesi normal olan, kliniğimizde yatarak izlenen serebral manyetik rezonans görüntülemeye korpus kallozumda Virchow-Robin mesafeleri saptanan 50 yaşındaki kadın hasta literatür bulguları eşliğinde sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Virchow-Robin Mesafesi, ruhsal belirtiler, tanı

Kaynaklar

1. Paranthaman R, Greenstein AS, Burns AS, et al. Vascular function in older adults with depressive disorder. *Biol Psychiatry*. 2010 15;68(2):133-9.
2. Tokuçoglu F, Arıcı Ş, Çelebisoy M ve ark. Serebral görüntülemeye Virchow-Robin Mesafesi: Ayırıcı tanı ve klinik ilişkisi *Journal of Turkish Cerebrovascular Diseases* 2009 15:1; 13-16.
3. Yılmaz M, Hazer DB, Çullu N ve ark. Dev Kistik Virchow-Robin Mesafesine Bağlı Ataksik Yürüyüş; Olgu Sunumu *Journal of Neurological Sciences* 2012; 29:31; 427-430.
4. Tok S, Doğan N, Devir Ç. Atypical Virchow - Robin Space: A Case Report with MRI Findings. *CausaPedia* 2013; 2:541 Ca 2013;2:541

Anahtar Kelimeler: Virchow-Robin Mesafesi, ruhsal belirtiler, tanı

KLOZAPİN KULLANIMI SIRASINDA ORTAYA ÇIKAN EEG DEĞİŞİKLİKLERİNİN KONTROLÜNDE GABAPENTİN KULLANIMI: BİR OLGU SUNUMU

Meltem Puşuroğlu¹, Alaattin Cenk Ercan², Çiçek Hocaoglu¹

¹*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Rize*

²*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Psikiyatri Kliniği, Rize Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Rize*

Klozapin diğer antipsikotiklerle karşılaştırıldığında güçlü, ekstrapiramidal yan etkileri olmayan bir psikotrop ilaçtır ve dirençli şizofreninin tedavisinde tercih edilmektedir. Bununla birlikte irreversible agranülositoz, siyalore, sedasyon, EEG değişiklikleri, epileptik nöbete yüksek oranda neden olduğu da bildirilmektedir. Fenitoin, sodyum valproat, lamotrijin ve topiramate gibi birçok antiepileptik klozapinin neden olduğu EEG değişiklikleri ile epileptik nöbetin kontrolünde klozapin ile birlikte kullanılmıştır. Karbamazepinin hematolojik yan etkilerinin olması nedeniyle klozapin ile birlikte kullanımı önerilmemektedir. Sodyum valproat klozapinin neden olduğu epileptik nöbet tedavisinde standart tedavi olarak tavsiye edilmekle birlikte, klozapinle kombine edildiğinde önemli yan etkilere ve klozapin metabolizması değişikliklerine neden olabilir. Gabapentin farmakokinetik etkileşimi olmayan, düşük yan etki profiline sahip olan bir antiepileptik ilaçtır. Bu nedenle gabapentin, klozapine bağlı nöbetlerin tedavisinde valproata alternatif olabilir. Biz bu çalışmada kliniğimize yatarak tedavi gören 400mg/gün klozapin kullanımı sırasında kollarında istemsiz hareketler ile EEG değişiklikleri izlenip, tedavisine 1000 mg/gün sodyum valproat eklenen ancak takiplerinde karaciğer enzimlerinin önemli artışların olması üzerine tedavisi gabapentin 300 mg/gün olarak değiştirilen 34 yaşındaki kadın hasta sunulmuştur.

Kaynaklar

1. Eren İ. Klozapin kullanımına Bağlı gelişen epileptik nöbet ve nöbetin gabapentin ile tedavisi. Klinik Psikiyatri 2003;6:119-122.
2. Wong J, Delva N. Clozapine-induced seizures: recognition and treatment. Can J Psychiatry. 2007;52(7):457-63
3. Navarro V, Pons A, Romero A, Bernardo M. Topiramate for clozapine-induced seizures. Am J Psychiatry. 2001;158(6):968-9.
4. Kikuchi YS, Sato W, Ataka K. Clozapine-induced seizures, electroencephalography abnormalities, and clinical responses in Japanese patients with schizophrenia. Neuropsychiatr Dis Treat. 2014 15;10:1973-8.
5. Landry P. Gabapentin for clozapine-related seizures. Am J Psychiatry. 2001;158(11):1930-1.
6. Usiskin SI, Nicolson R, Lenane M. Gabapentin prophylaxis of clozapine-induced seizures. Am J Psychiatry. 2000 ;157(3):482-3.

Anahtar Kelimeler: gabapentin, klozapin, EEG değişiklikleri

ŞİZOFRENİLİ HASTALARDA YİNELEYEN DISSOSİYATİF FÜĞ: BİR OLGU SUNUMU

Tuğçe Taşkın Uyan¹, Meltem Puşuroğlu¹, Çiçek Hocaoglu¹

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Rize

Şizofreni düşünce, algı, duygu, hareket ve davranış bozukluklarının görüldüğü bir klinik sendromdur. Bu bozukluğun sıklığı %1-1.5 olarak bildirilmiştir. Kadın ve erkeklerde görülme oranı eşittir. Şizofrenide dissosiyatif belirtilerin varlığı çok eskiden beri biliniyor olsa da bu konu yeterince araştırılmamıştır. Dissosiyatif belirtiler ve pozitif belirtiler arasında yakın bir ilişki bulunmuştur. Yine şizofrenili bir olguda dissosiyatif belirtilerin olması tedaviye yanıtı ve hastalığın gidişini olumsuz etkilediği belirtilmektedir. Dissosiyatif belirtileri olan şizofrenili olgularda çocukluk çağı travmatik yaşantılarının daha sık yaşadıkları da saptanmıştır. Bu nedenle dissosiyatif belirtileri olan şizofrenili olguların çocukluk çağı travmatik yaşantıları açısından incelenmesi önerilmektedir. Dissosiyatif belirtileri olan şizofrenili olguların çoğunlukla kadın olması da bir diğer dikkat çekici durumdur. Dissosiyatif füğ prevalansı % 0.2 olarak tahmin edilmektedir. Ama çok daha yaygın olduğu söylenebilir. Çünkü, savaşlar, kazalar ve doğal afetler, travma sonrası stres bozukluğu olan olgularda dissosiyatif füğ izlenir. Dissosiyatif füğ ayırıcı tanısında diğer dissosiyatif bozukluklar, epilepsi, amnezik bozukluk, şizofreni, mani, demans (Alzheimer tipi), simülasyon ve yapay bozukluk bulunmaktadır. Şizofrenide dissosiyatif füğ nadir olarak bildirilmiştir. Nedeni tam olarak da aydınlatılabilmemiş değildir. Bu nedenle klinisyenler şizofrenili olgularda dissosiyatif belirtiler konusunda duyarlı olmalıdır. Bu çalışmada kliniğimizde paranoid şizofreni tanısı ile izlenen ve 2 kez bulunduğu ilden çok uzak bir bölgedeki illere dissosiyatif füğ gerçekleştiren 29 yaşındaki kadın hasta literatür bilgileri ışığında sunuldu.

Kaynaklar

1. Spitzer C, Haug HJ, Freyberger HJ. Dissociative symptoms in schizophrenic patients with positive and negative symptoms. *Psychopathology*. 1997;30(2):67-75.
2. Mamarde A, Navkhare P, Singam A, Kanoje A. Recurrent Dissociative Fugue. *Indian J Psychol Med* 2013;35(4):400-401.
3. Glisky EL, Ryan L, Reminger S, Hardt O, Hayes SM, Hupbach A. A case of psychogenic fugue: I understand, aber ich verstehe nichts. *Neuropsychologia*. 2004;42:1132-47.
4. Ondrej Pec, Petr Bob, Jiri Raboch. Dissociation in schizophrenia and borderline personality disorder *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2014;10 487-491.
5. Ghoreishi A, Shajari Z. Reviewing the Dissociative Symptoms in Patients With Schizophrenia and their Association With Positive and Negative Symptoms. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2014 ;8(1):13-8.
6. Sar V, Taycan O, Bolat N, et al. Childhood trauma and dissociation in schizophrenia. *Psychopathology*. 2010;43(1):33-40.

Anahtar Kelimeler: Dissosiyatif belirti, dissosiyatif füğ, şizofreni

45 YILLIK İNSOMNİ: SANRILI BOZUKLUK MU?

Fatma Özlem Orhan¹, Berat Dağ¹

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

Uykusuzluğun geniş yelpazede psikiyatrik bozuklukla birliktelik gösterdiğine dair sağlam kanıtlar vardır. Gerçekten de ruhsal hastalığı olan bireylerin %20-40'ında uykusuzluk görülmektedir (1). Bir çalışmada persekütif sanırları olan hastaların %50'sinden fazlasında orta veya şiddetli uykusuzluk bulunmaktadır (2). Uykusuzluk yakınmasıyla polikliniğe başvuran ve sonunda sanrılı bozukluk tanısı konan bir olgu sunulmuştur.

65 yaşında, erkek hasta uykusuzluk, sinirlilik ve ağlama yakınmasıyla psikiyatri kliniğine başvurdu. Uykusuzluk yakınması 45 yıldır devam ediyordu. Semptomlarının 45 yıl önce yediği fasulyenin içine sabun konmasından kaynaklandığına inanıyordu. Hastalığını 'Kuru fasülyeden sonra kustum hastalığım beynime vurdu ve bu yüzden uyuyamıyorum' şeklinde ifade ediyordu. Hasta daha önceki yıllarda çeşitli fiziksel yakınmaları için çeşitli uzmanlara başvurmuş (örneğin, endokrinologlar, gastroenterolog, ürologlar) ancak hiçbir iyileşme gösterememiş. En son olarak baş dönmesi ve bayılma yakınmaları da eklenmiş.

Psikiyatrik muayenesinde; özbakımı kötü. Çağrışimleri düzenliydi. Düşünce içeriğinde hastalığına odaklanmış. Düşünce içeriğinde sanrısı dışında belirgin bir patolojisi yoktu. Laboratuvar incelemesinde; Rutin biyokimya, tam kan sayımı, tiroid fonksiyon testleri ve EEG'si normal sınırlarda idi. Kranial Manyetik Rezonans görüntülemesi normaldi. Hastaya sanrılı bozukluk tanısı kondu. Hastaya risperidon enjeksiyon 25mg/2haftada bir intramüsküler tedavisi başlandı.

Sanrılı bozuklukta, sanrılar genelde bizar olmayan, sistemli ve değişmez niteliktedir. günlük yaşamdan kaynaklanabilir. İş görü her zaman bozuktur. Genellikle bir tane veya birbirleri ilişkili bir seri sanrı vardır. Sanrılı bozukluğun farklı klinik görünimleri düşünülmeyen zaman atlanabileceği akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. Sleep Med Rev 2002;6:97-111.
2. Freeman D, Pugh K, Vorontsova N, et al. Insomnia and paranoia. Schizophr Res 2009;108(1-3):280-4.

Anahar Kelimeler: uykusuzluk, sanrılı bozukluk

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİ ŞİZOFREN HASTALARDA NEYİ DEĞİŞTİRİYOR?

Berkant Yelken¹

¹Eskişehir Devlet Hastanesi, Eskişehir

Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinin çekirdeğini oluşturan toplum ruh sağlığı merkezlerindeki amaç, belli bir coğrafi alanda yaşayan ağır ruhsal hastalığı olan hastaları merkezde kayıt altına almak, gezici ekiplerle düzenli takip, tedavi ve rehabilitasyonlarını sağlayarak topluma yeniden kazandırmaktır.2008 yılından itibaren de ülkemizde TRSM ler ile bu hizmetler yürütülmektedir.

Bu çalışma da Eskişehir TRSM de düzenli takip edilen(ayda en az 1 kez) 114 şizofreni hastasıyla eylül 2015 den itibaren geriye yönelik yapılmıştır. Hastaların yatış sayısı ve süresi, kullandığı antipsikotik sayısı ve ilaç uyumu, çalışma ve sosyal haklardan yararlanmaları açısından TRSM sonrası değişiklikler incelenmiştir.

TRSM lerin Şizofren hastaların hastaneye yatış sayısı ve yatış süresi, ilaç uyumu ve yaralandığı sosyal haklar gibi durumlarda olumlu katkıları olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: toplum ruh sağlığı merkezi, şizofreni, yatış sayısı, ilaç uyumu

BİR OLGU ÖZELİNDE DELÜZYONEL PARAZİTOZ TANI KOYMA SÜRECİ VE TEDAVİ YÖNETİMİ

Nermin Gündüz¹, Fatma Eren¹, Hatice Turan¹, Zeynep Yıldız Akbey²

¹Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Erzurum

²Keşan Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Edirne

Giriş: Delüzyonel parazitoz dermatolojik problemlerin sıklıkla eşlik ettiği nadir bir psikiyatrik hastalıktır (1).

En yaygın görülen formu herhangi bir psikiyatrik hastalığın olmadığı tek hipokondriak psikoz formudur (2).

Biz burada psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran ve yapılan değerlendirmeler sonucunda delüzyonel parazitoz tanısı konulan bir hastanın tanı ve tedavi sürecini bildirmeyi amaçladık.

Olgu: 66 yaşında, HT dışında hastalığı olmayan kadın hasta. Hastanın 1 yıldır her iki alt ekstremitesinde, karnında ve sırtında gezinen böceklerin olduğu hissi ve buna bağlı kaşıntı şikayetleri mevcuttu. Kaşıntı nedeni ile dermatoloji polikliniğine başvurusu olan hasta 1 yıl süre ile çeşitli doz ve sürelerde antihistaminik tedavi almış. Bu tedavilere rağmen şikayetlerinde gerileme olmamış. Kaşıntı nedeniyle vücudunda derin yaralar oluşmuş. Oğlu hastanın evini ilaçlatmış. Verilen dermatolojik tedaviden fayda görmemesi üzerine hasta polikliniğimize yönlendirilmiş. İlk başvuruda hastanın ayırıcı tanısında genel tıbbi duruma bağlı tanıların dışlanması amacı ile rutin hemogram ve biyokimya tetkikleri istendi. Kranial MRG, EMG, EEG tetkikleri istenip normal olarak yorumlandı. Hastada delüzyonel parazitoz düşünülerek olanzapin 5 mg/gün tedavisi başlandı. Hastanın tedavi başlanmasından sonraki bir ay sonraki kontrolünde kaşıntısının %50 oranında azaldığı vücudundaki yaraların iyileşmeye başladığı gözlemlendi. Hasta ilacı içmeye başladıktan iki hafta sonra bacaklarından böceklerin yere dökülmeye başladığını gördüğünü ifade ediyordu.

Tartışma: Delüzyonel parazitoz klinik nadiren karşılaşılan birçok branşı ilgilendiren, tanınması ve tedavisi zor sanrısız bozukluktur (3). Bu hastaların tıbbi kanıtlara rağmen parazitin vücutlarında bulunduğu inançları vardır (1,4). Vakamız vücudunda gezinen böcekler olduğu söylüyor, oğluna evini ilaçlatıyordu. En yaygın görülen formu herhangi bir psikiyatrik hastalığın olmadığı tek hipokondriak psikoz formudur (2). Bizim vakamızda psikiyatrik bir tanı yoktu. Delüzyonel parazitozis fiziksel hastalığa sekonder gelişebilir(5). Hastamızda sekonder tanılar dışlandı.

Kaynaklar

1. Trabert W. 100 years of delusional parasitosis. Meta-analysis of 1,223 case reports. Psychopathology. 1995;28:238–46.
2. Munro, A., Chmara, J., 1982. Monosymptomatic hypochondriacal psychosis: a diagnostic checklist based on 50 cases of the disorder. Canadian Journal of Psychiatry (Revue Canadienne de Psychiatrie).27, 373–376.
3. Karakuş G, Delüzyonel Parazitoz: Klinik Özellikleri, Tanı ve Tedavi, psikiyatride güncel yaklaşımlarcurrent approaches in psychiatry 2010;2(3):384400
4. Meraj A, Din AU, Larsen L, Liskow BI. Self inflicted corneal abrasions due to delusional parasitosis. BMJ Case Rep. 2011. doi:10.1136/bcr.04.2011.4106.
5. Bhatia MS, Jhanjee A, Srivastava S Delusional infestation: a clinical profile. Asian J Psychiatr. 2013;6:124–7. doi:10.1016/j.ajp.2012.09.008. [Epub 3 November 2012].

Anahtar Kelimeler: delüzyonel parazitoz, psikojenik pruritis, taktıl varsanı

DULOKSETİN TEDAVİSİ SONRASI GÖRSEL VE TAKTİL VARSANILARI OLAN BİR OLGU SUNUMU

Nermin Gündüz¹, Zeynep Yıldız Akbey², Hatice Turan¹, Fatma Eren¹

¹Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Erzurum

²Keşan Devlet Hastanesi, Edirne

Giriş: Duloksetin Major Depresif Bozukluk ve kronik ağrı tedavisinde efektif olan bir serotonin-noradrenalin geri alım inhibitörüdür (1). Duloksetinin nöropatik ağrıda güvenilirliği pek çok çalışmada gösterilmiştir (2).

Bu yazıda nöropatik ağrı nedeni ile duloksetin tedavisi başlanan ve tedavi sonrası taktil ve görsel varsanı ortaya çıkan bir vakayı sunmayı hedefledik.

Olgu: 47 yaşında erkek hasta yaklaşık 15 gündür vücuduna dokunuluyor hissi ve beyaz renkli cisimler görme şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın 4 yıllık DM öyküsü olduğu fakat düzenli tedavi öyküsünün olmadığı öğrenildi. 2 ay önce acil serviste diyabetik ketoasidoz tanısı konulduğu, tedavisinin düzenlenmesi amacı ile 10 gün süreyle endokrinoloji servisinde yatışı olduğu öğrenildi. Yatışı sırasında yaygın vücut ağrısı, her iki alt ekstremitesinde uyuşma, karıncalanma, eldiven-çorap tarzı duyu kusuru olması nedeni ile Nöroloji konsültasyonu istenmiş. Hastaya yapılan nörolojik değerlendirme, EMG, Kranial MRG, istenen B12, Folik asit düzeyleri sonrasında diyabetik nöropati düşünülerek duloksetin 30 mg başlanmış. 1 ay sonraki nörolojik kontrolde ise hastanın fayda görmesi nedeni ile duloksetin tedavi dozu 30 mg'dan 60 mg'a çıkarılmış. Duloksetin doz artırılması sonrasında hastanın gün içerisinde arkasından birisi dokunuyormuş hissi, duvarlarda beyaz cisimlerin olduğunu görme şikayetleri başlamış. Hasta bu şikayetlerinin 15 gündür sürmesi üzerine polikliniğimize başvurdu. Yapılan rutin hemogram ve biyokimya tetkikleri neticesinde bu durumu açıklayabilecek organik patoloji saptanmadı. Zamansal olarak duloksetin doz arttırılması ile ilişkilendirilen görsel ve taktil varsanılar mevcut tedavisinin azaltılarak kesilmesi sonrası ortadan kayboldu. Diyabetik nöropatiye yönelik nöroloji ve endokrinoloji görüşü alınarak pregabalin başlandı.

Tartışma: Konu ile ilgili literatür araştırması yapıldığında yalnızca iki vaka sunumunun olduğu görüldü (3,4). Sunulan ilk vaka MDB tanısı ile duloksetin başlanması sonrası görsel varsanıların olduğu bir olgudur (2). İkinci vaka ise Lewy cisimcikli demans tanılı bir hastada ilaç tedavisi ile tetiklenen görsel varsanılardır (4).Duloksetinin neden olduğu varsanıların spesifik nedeni net değildir.Duloksetinin dopamin düzeyinde artışa neden olmasının varsanıların ortaya çıkmasına zemin hazırladığı ortaya atılan hipotezlerdendir (3).

Kaynaklar

1. Nevzat Yüksel, Duloksetin: Farmakolojisi, Klinik Psikiyatri 2009;12(Ek 1):3-8
2. Civelek GM, Kuşkonmaz ŞM, Ağrıli Diyabetik Nöropatinin Farmakolojik Tedavisi, Journal of Clinical and Analytical Medicine, DOI: 10.4328/JCAM.3591
3. Tomita T1, Yasui-Furukori N, Kaneko S. Visual hallucinations during duloxetine treatment in a patient with major depressive disorder. Clin Neuropharmacol. 2013 Sep-Oct;36(5):175-6.
4. Gen Hosp Psychiatry. 2013 Nov-Dec;35(6):678.e7-9. Combined duloxetine and benzodiazepine-induced visual hallucinations in prodromal dementia with Lewy bodies.
5. Rolma G1, Jelicic N, Gnoato F, Cecchin D, Cagnin A.

Anahtar Kelimeler: duloksetin, varsanı, nöropatik ağrı

TEK DOZ VENLAFAKSİN ALIMI SONRASI GELİŞEN AKATİZİ NEDENİYLE İNTİHAR GİRİŞİMİ OLAN BİR OLGU SUNUMU

Nermin Gündüz¹, Hatice Turan¹, Fatma Eren¹, Zeynep Yıldız Akbey²

¹Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Erzurum

²Keşan Devlet Hastanesi, Edirne

Giriş: Akatizi öznel bir huzursuzluk hissi ve sürekli hareket isteğiyle karakterizedir (1). Literatürde nadir de olsa venlafaksine bağlı gelişen akatizi vakaları da bildirilmiştir (2,3,4).

Bu yazıda, tek doz venlafaksin kullanımına bağlı akatizi sonrası intihar girişimi olan bir olgu sunulacaktır.

Olgu: 25 yaşında kadın hasta intihar girişimi olması nedeniyle acil serviste değerlendirilmek amacı ile tarafımıza danışıldı. Hastanın yaklaşık 2 yıldır baş ağrısı şikayeti olması nedeni ile 2 gün önce Nöroloji başvurusu olduğu ve baş ağrısına yönelik Kranial MRG, EEG ve rutin hemogram ve biyokimya tetkiklerinin yapıldığı öğrenildi. Yapılan tıbbi tetkikler neticesinde hastaya gerilim tipi baş ağrısı tanısı konularak venlafaksin 75 mg/gün tedavisi başlanmış. Hastanın venlafaksin 75 mg alımından 6 saat sonra başlayan sıkıntı, içsel huzursuzluk hissi, yerinde duramama, oturamama, sürekli etrafta dolanma, oturduğu yerde sürekli pozisyonunu değiştirme isteği şikayetleri başlamış. Gün boyu sıkıntı hissi devam eden hasta eklenen baş ağrısı, uykuya dalamama şikayetleri ile baş edemeyerek ilaç olarak öz kıym girişiminde bulunmuş. Acil serviste genel tıbbi durumunun düzeltilmesi sonrası tarafımızca değerlendirilen hastada venlafaksine bağlı akatizi olduğu düşünüldü. Venlafaksin kesilen ve alprazolam 0.5 mg 3x1/2 tedavisi başlanan hastanın akatizisi 2 gün sonra dramatik şekilde geriledi.

Tartışma: Venlafaksine bağlı akatiziye ilişkin literatürü incelediğimizde az sayıda vaka sunumu-na rastladık (2,3,4). Bu vakalarda akatizi 150 mg ve 225 mg dozunda ortaya çıkmıştı. Sunduğumuz vakada akatizi 75 mg ve tek dozda ortaya çıkmıştı. Bunun nedeni tedaviye 75 mg dozunda başlanmış olması olabilir. Sunduğumuz vakada venlafaksin alımı sonrası ortaya çıkması ve kesilmesi sonrası ortadan kaybolması bu yan etkinin venlafaksine bağlı olduğunu düşündürmektedir. Antidepresan tedaviye bağlı akatizi mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Kortikal ve bazal ganglion düzeyinde çeşitli monoamin taşıyıcıların etkileşiminin sorumlu olabileceği hipotezi ortaya atılmıştır. Venlafaksin nedeni ile artan serotonin düzeyleri olasılıkla akatiziye yol açan dopaminerjik yolda inhibisyon ortaya çıkmasına neden oluyor olabilir (5).

Kaynaklar

1. Sachdev P. The development of the concept of akathisia: A historical overview. Schizophr Res. 1995;16:33–45.
2. Ng J, Sansone RA, McDonald S. Akathisia and abnormal movements of the upper extremities with venlafaxine and methimazole. Gen Hosp Psychiatry. 2009;31:388–90.
3. George M, Campbell JJ. 3rd Venlafaxine causing akathisia: A case report. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2012;24:E3–4.
4. Lai CH. Venlafaxine-related akathisia side-effects and management in a depressed patient. Psychiatry Clin Neurosci. 2013;67:127–8.
5. Gill HS, DeVane CL, Risch SC. Extrapyramidal symptoms associated with cyclic antidepressant treatment: A review of the literature and consolidating hypotheses. J Clin Psychopharmacol. 1997;17:377–89.

Anahtar Kelimeler: venlafaksin, akatizi, suisid

PALYATİF BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN BİR HASTADA İLK ATAK PSİKOTİK BOZUKLUK TANISI KONMASI VE TEDAVİ YÖNETİMİ

Nermin Gündüz¹, Pınar Tosun Taşar², Özge Timur³, Fatma Eren¹

¹Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Erzurum

²Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesi, Erzurum

³Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği, Erzurum

Olgu: 65 yaşında evli, ev hanımı, ilk okul mezunu kadın hasta. Bilinen DM Tip 2 tanılı hasta diyabetik nefropati gelişmesi nedeni ile tedavisinin düzenlenmesi amacıyla Palyatif Bakım Ünitesinde yatışı yapılmıştı. Yatışı sırasında hastanın oğlunun annesinin gaitasını gövdesine sürdüğünü takip eden geriatri uzmanına iletmesi üzerine tarafımıza danışıldı. Ek olarak evde şizofreni tanılı bir erkek kardeşinin bulunduğunu, hastaya ve eşine fiziksel şiddet uyguladığını, kardeşinin hiç tedavi almadığını da iletmişti. Hastanın daha önce psikiyatrik tedavi öyküsü bulunmamaktaydı. Hastanın yatışı sırasında odada bulunan diğer hasta ve yakını tarafından da hastanın gaitasını vücuduna sürdüğü görülmüştü. Hastayla yapılan görüşmede savunucu olduğu, iç görüşünün olmadığı görüldü. Genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk tanısının dışlanması amacı ile rutin hemogram, biyokimya, hormonal tetkikleri ve Kranial MRG istendi. Normal olarak yorumlandı. Mini Mental test ve saat çizme testi yapılarak demans dışlandı. Hastada psikoz düşünülerek risperidon 1 mg /gün tedavisi başlandı. Hastanın oğlu ile yapılan görüşme sırasında oğlunun çağrışımlarının gevşek olduğu, ailye yönelik kötülük görme sanrısının olduğu, teğetsel konuşmasının olduğu, affektinin küntleşmiş olduğu görülerek hastanın oğlunda da ön tanı olarak psikotik bozukluk düşünüldü. Kendisinin tarafımıza erkek kardeşinin şizofreni tanısı olduğu fakat tedavi almadığının öğrenilmesi üzerine sosyal hizmetler ile görüşüldü. Ailenin komşuları, akrabaları, ailenin diğer bireyleri ile görüşülmesi ve ayrıntılı bir rapor iletilmesi istendi. Sosyal hizmet uzmanının yaptığı inceleme neticesinde alınan bilgiler, yapılan görüşmeler ışığında hastanın her iki oğlunda da psikotik bozukluk tanısı olabileceği düşünüldü. Hastanın bakım evine yerleştirilmesi planlandı. Fakat eşinin bunu istememesi, oğullarında da psikotik bozukluk ön tanısı düşünülmesi nedeni ile sosyal hizmet uzmanının hazırladığı rapora istinaden savcılığa bildiride bulunuldu. Konu ile ilgili takip ve tedavi süreci devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: psikotik bozukluk, palyatif bakım, sosyal hizmetler

BİLİŞSEL - DAVRANIŞCI GRUP TERAPİSİ PROGRAMININ GÖRME ENGELLİLERİN DEPRESİF BELİRTİ VE UMUTSUZLUK DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Volkan Demir¹

¹Klinik ve Adli Psikoloji Derneği

Umutsuzluk kavramı temelini; gelecekte olması mümkün olan her şeyin şimdikinden daha iyi olmayacağı (Bayam, Okay, Dilbaz & Açıköz, 2002) ve geleceğe yönelik olumsuz inançlar oluşturmaktadır (O'Connor, O'Connor, O'Connor, Swallowwood & Miles, 2004). Umutsuzluk, bilişsel yaklaşım çerçevesinde ilk kez Beck, Weissman, Lester & Trexler (1963) tarafından ele alınmıştır. Bilişsel kurama göre umutsuzluk depresyonun temelidir (Mc Cubbin 1989). Kişilerin ruh sağlığını olumsuz bir şekilde etkileyen umutsuzluk, depresyonda klinik tablonun bir parçası olarak tanımlanırken (Dilbaz ve Seber, 1993; Cunningham, Gunn, Alladin & Cawthorpe, 2008) ayrıca intihar girişimi (Beck 1963), şizofreni (Drake ve Cotton 1986), ilaç ve alkol bağımlılığı (Beck, Weissman & Kovacs, 1976), sosyopati (Melges 1969; Williams 1986) ve fiziksel hastalıklar gibi ruhsal bozukluklarda da görülebileceği vurgulanmıştır (aktaran Seber, Dilbaz, Kaptanoğlu & Tekin, 1993). Kashani, Reid & Rosenberg (1989) çalışmalarında çocuklarda umutsuzluk puanının yüksek olmasının sadece depresyon ve intihar değil, her türlü psikopatoloji riskini artırdığını bildirmektedir.

Engellilik her zaman ve her yerde pek çok kişiyi yakından ilgilendiren önemli konulardan biri olmuştur ve günümüzde de önemli olmaya devam etmektedir (Arıkan, 2001; Bagenstos, 2000; Mehmet, 1990). Engelli bireylerin; eğitim, sağlık, iş, ulaşım, psikolojik ve sosyal destek gibi çözüm bekleyen sorunları bulunmaktadır (Arıkan, 2001; Karataş, 2001). Tüm bu sorunlar engelli bireylerde intihara dek uzanan başta depresyon olmak üzere çeşitli ruhsal sorunlar geliştirebilmektedirler (Morris, 1992).

Görme bozukluğu ve ruh sağlığı ile ilgili literatüre bakıldığında, görme kaybının depresyon ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Bazargan ve Hamm-Baugh 1995). Ayrıca görme bozukluğunun depresyon riskini arttırdığı görülmektedir (Osborn vd., 2003; Waern vd., 2002)

Anahtar Kelimeler: görme engelli, grup terapisi, bilişsel - davranışçı terapi, umutsuzluk, depresyon.

İLERİ ERGENLİKTE DEPRESYON, ANKSİYETE VE STRES BELİRTİLERİNİ AZALTMA YÖNELİK DİŞAVURUCUMCU SANAT TERAPİSİNİN ETKİSİ

Burcu Yıldırım¹, Volkan Demir¹

¹Klinik ve Adli Psikoloji Derneği

Ergenlik dönemi genellikle erken ve ileri dönemler olarak incelenmektedir. Bu iki dönem arasındaki sınır yaş kuramsal açıdan 17 olarak kabul edilse bile pratikte bu sınırın kesin çizgilerle ayırmak zordur. İleri ergenlikteki depresyonun klinik belirtileri, erişkin depresyonuna benzer (Güney, 1998). Ulusal Komorbidite Tetkik sonuçlarına göre, ergenlerin ve genç erişkinlerin yaklaşık dörtte birinde bir major depresif atak (%15.3) ya da minör depresif atak (%9.9) geçirdiği belirtilmektedir (Kessler ve Walters 1998).

Ruhsal ve bedensel değişim ile birlikte sosyal süreçlerin de değişmesi bu geçici dönemde uyum güçlükleri ve psikiyatrik rahatsızlıkların oluşmasına da zemin hazırlayabilmektedir. Bu dönemde ortaya çıkan ve en sık görülen psikiyatrik rahatsızlıkların, anksiyete bozuklukları ve depresyon olduğu belirtilmektedir (Bernstein 1991, Freeman ve ark. 2002). Yapılan epidemiyolojik çalışmalar, anksiyete bozukluklarının yaygınlığının, çocuk ve ergen psikiyatrisinde en yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Kashari ve Orvaschel 1990).

Sanat terapisi; görsel sanatlar ve davranış bilimleri eğitimi tamamlamış bir terapist tarafından kişilerde olumlu bir gelişmeye neden olmak, çatışmaları çözümlemek, bedensel ve ruhsal problemleri azaltmak, sorun çözmek, stresle başa çıkmada yardımcı olmak üzere tanı ve tedaviyi sağlamada çeşitli sanat materyallerinin kullanımı olarak tanımlanmaktadır (Coşkun, Yıldız ve Yazıcı 2010; Case ve Dalley, 2006; Geue ve ark., 2010; Malchiodi, 2005). Farklı sanat materyallerinin duygusal özelliklerini anlama ile klasik psikoterapötik yaklaşımları birleştirir (Edwards, 2004). Sanat uygulamaları olan resim, müzik, tiyatro, sinema, hareket ve dans gibi alanındaki bütün faaliyetleri içerir (Malchiodi, 2003).

Araştırmalarda, sanatın akıl, beden ve ruha aynı anda ulaşabilme özelliği vurgulanmakta (Siegel, 1989) ve sanat faaliyetlerinin özellikle gençler için kendilerini güvende ve rahat hissetmelerini sağlayacak bir ortam yaratarak onların terapötik süreç katılımlarını güçlendirdiği görülmektedir (Reynolds, 1990; Graham, 1994; Mercedes-Ballbe, 1997; Linesh, 1998; Riley, 1999).

Anahtar Kelimeler: dışavurumcu sanat terapisi, ergenlik, depresyon, anksiyete, stres

FRONTOTEMPORAL DEMANS: PSİKOTİK ÖZELLİKLERLE GİDEN BİR OLGU SUNUMU

İnci Meltem Atay¹, Mehmet Akgönül¹, Esra Taşkiran²

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Isparta

²Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı, Isparta

Giriş: Fronto temporal demans (FTD), Alzheimer hastalığından sonra en sık görülen, 45-65 yaşları arasında sinsi bir şekilde başlayan, her iki cinsiyette eşit sıklıkta görülen primer dejeneratif demans türüdür. Klinik olarak kişilik ve davranış değişiklikleri, yürütücü işlevlerde bozulma, lisan problemleri, içgörü kaybı, perseveratif ve stereotipik davranışlar ve yeme alışkanlıklarında değişiklikler ile karakterizedir. FTD, sıklıkla psikiyatrik tablolar ve Alzheimer gibi nörodejeneratif hastalıklarla karışır. Birden fazla klinik çeşitliliğe yol açan bu demans tipinin karıştırılabileceği psikiyatrik tanılardan biri de psikotik bozukluklardır.

Olgu: Bu yazıda, daha önce bilinen psikiyatrik ve nörolojik hastalığı olmayan 57 yaşında, üniversite mezunu, kadın hasta sunuldu. Şikayetleri ellili yaşların başında sinsice başlayan hastada kişilik değişikliği ve davranışta bozulmanın belirgin olduğu saptandı. Uygunsuz yeme davranışlarının ve diyetle ilişkili değişikliklerin olduğu, içgörü kaybı, stereotipik davranışlar, duygulanımda küntleşme, kişisel bakımda bozulma ve ilk başlarda olan persekütif-referansiyel düşüncelerin meydana geldiği öğrenildi. Hastada yapılan nörolojik muayene normaldi. Kraniyal Manyetik Rezonans Görüntüleme'de (MRG), yaş grubu ile uyumsuz olan atrofiye sekonder serebral sulkuslar, fissürler ve sisternalarda belirginleşme, ventriküler sistemde volümsel artış, serebellar folialarda belirginleşme ve peri-supraventriküler düzeyde iskemi ile uyumlu sinyal değişiklikleri saptandı. Hastaya yapılan beyin F-18 FDG PET/BT de, sol anterior singulat, sağ-sol posterior singulat korteks, sol medial ve superior frontal korteks ve sol parietotemporal korteksde hipometabolik alanlar izlendi. Hastaya, daha önceki değerlendirilmesinde fluoksetin 20mg/gün başlandığı söylendi. Ancak yakınları tarafından hastanın fayda görmediği belirtildi. Hastanın tedavisi risperidon 2 mg/gün şeklinde düzenlendi ve davranışsal belirtilerde kısmen düzelme görüldü.

Sonuç: Bu olguda olduğu gibi, nörolojik hastalıkların psikiyatrik komponentlerinin olabileceği ve orta-geç yaşlarda sinsi şekilde psikiyatrik özelliklerle kendini gösteren olgularda ayrıntılı anamnez, fizik ve nörolojik muayene ve görüntüleme yöntemlerini de içerecek geniş tıbbi inceleme yapılması gerektiği görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: frontotemporal demans, psikoz, beyin görüntüleme

N, N-DİMETİLTRİPTAMİN (DMT) KULLANIMI İLE GELİŞEN PSİKOTİK BOZUKLUK

Huriye Ersen¹, Fulya Maner²

¹Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 4. Psikiyatri Kliniği, İstanbul

²Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 4. Psikiyatri Kliniği, İstanbul

N,N-dimetiltriptamin (DMT) triptamin ailesinden bir hallüsinojendir. İndoletilamin N-metiltransferaz enzimi tarafından in-vivo sentezlenmekte olup bir çalışmada tedavi görmemiş akut şizofreni hastaların yarısının idrarında artmış DMT atılımı saptanmıştır. Şizofreni etiolojisinin de rol oynayabileceği öne sürülmüştür.

32 yaşında erkek, lise mezunu, bekar hasta, 15 gün önce başlayan şüphecilik, uykusuzluk, çevresine zarar verme yakınmalarıyla hastanemize yatırıldı. Psikiyatrik muayenesinde yaşında gösteren, öz bakımı iyi, görüşmeye istekli, konuşma hızı ve miktarı artmış, psikomotor aktivitesi artmış, duygulanımı canlı, çağrışımlarının düzgün olduğu tespit edildi. Uyuşturucu baronu tarafından kendisine kurşun sıkıldığını, özel hareket polisinin operasyonda 2 kişiyi öldürdüğünü ve mahkemeye çıktığını, kendisinde DMT denen uyuşturucunun hammaddesi bulunduğu için öldürülmeye çalışıldığını, öldürmeye çalışan kişinin arabasının camlarını kırdığını belirtiyordu. 15 gün önce DMT denen uyuşturucu maddeden bir kez kullandığını ifade ediyordu. Ailesinden 15 gündür şüpheli olduğu, takip edildiğini söylediği, komşusunun arabasının camını kırdığı ve kendisini silahla vurmaya çalıştıklarını söylediği ancak böyle bir durumun var olmadığı bilgisi alındı. Bu bilgiler perseküsyon ve referans hezeyanı olarak değerlendirildi. Özgeçmişinde özellik yoktu. Soygeçmişinde dedesinde tanısı bilinmeyen psikiyatrik hastalık öyküsü mevcuttu. Ondört yaşlarında esrara başladığı, 4 yıl boyunca düzenli kullandığı, birkaç defa kokain denediği, 1 yıl öncesine kadar 2 yıl boyunca günde 2,5-3 gr eroin kullandığı, ayaktan tedavi ile eroini bıraktığı ve 15 gün önce bir kez DMT kullandığı öğrenildi. Rutin biyokimya, tam kan sayımı, tiroid fonksiyon testlerinde patoloji saptanmadı. İdrarda etil glukronid/madde metaboliti negatifti. Madde kullanımına bağlı psikoz tanısıyla haloperidol 20 mg/gün, biperiden 5 mg/gün, keti yapın 100 mg/gün tedavisi başlandı ve 10. gününde psikotik bulguları gerileyen hasta taburcu edildi.

Ülkemizde yapılan bir araştırmada bağımlılık merkezine başvuran madde kullanıcılarının yaklaşık %30'unda karışık madde kullanımının bulunduğu saptanmıştır. Esrar ve kokain kullanımının kişilerde psikoz ve psikotik bozukluklar için risk oluşturduğu bilinmektedir. Olgumuzda 4 yıl gibi uzun bir süre esrar kullanımı olduğu ve sadece birkaç defa kokain kullandığı bilinmektedir. Ancak o dönemde herhangi bir psikotik semptom gelişmemiştir. Biz DMT'nin bu psikotik bulgulara neden olduğunu düşünmekteyiz. DeneySEL şizofreni modellemesinde DMT etkisi görsel varsanı, sinestezi, paranoid düşünce ve düşünce akış bozuklukları şeklinde tanımlanmışlardır. Biz düşünce içeriğinde paranoid hezeyanlar ve olasılıkla görsel varsanı ile birlikte düşünce akışında hızlanma tespit ettik; depersonalizasyon, sinestezi gibi algı değişikliği saptamadık. DMT kullanımı ile ilgili Türkiye'de daha önce bir vaka bildirimi yapılmış olup vakamız ikinci bildirimi yapılan hasta olması nedeniyle önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: N, N-dimetiltriptamin (DMT), esrar, psikotik bozukluk

HUNTINGTON DEPRESYONUNDA TEDAVİ OLARAK EKT UYGULAMASI: OLGU SUNUMU

Maruf Aggöl¹

¹Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Huntington hastalığı otozomal dominant geçişli, nörodejeneratif bir hastalıktır. Hastalık 4.kromozomun kısa kolunda bulunan IT15 genindeki mutasyondan kaynaklanmaktadır. Bu mutasyon artmış CAG trinükleotid tekrarına neden olur. Beyin görüntülemesinde özellikle striatumda nöron kaybı belirgindir. Belirtiler genellikle 30-50 yaşlar arasında başlar ve hızla ilerler. Hastalık başta kore ve distoni gibi motor belirtiler olmak üzere, psikiyatrik belirtiler ve ilerleyici demans ile karakterizedir. Huntington hastalarının %21-56'sında psikiyatrik bozuklukların görüldüğü bildirilmektedir. Huntington hastalığında görülen psikiyatrik bozukluklar sıklıkla depresyon, irritabilite, anksiyete bozuklukları, takıntılı davranışlar, intihar düşünceleri, davranış ve kişilik değişiklikleridir. Huntington koresi olan hastalarda genel toplum ortalamasının 7-12 katı olacak şekilde(%13,2) yüksek intihar oranları bildirilmiştir. Yüksek intihar riskinde EKT 1. sıra tedavi seçeneği olarak uygulanmaktadır. Ancak ciddi kognitif bozukluğu olan Huntington hastalarına EKT uygulanması kognitif yan etkileri nedeniyle çekinilen bir tedavi olmuştur. Ayrıca santral dopaminerjik aktiviteyi arttırarak ileri evre parkinson hastalarında hareket bozukluklarına iyi gelen EKT'nin, huntington hastalarında zaten artmış dopaminerjik aktiviteyi daha da arttırarak hastalığın gidişatını kötüleştirceğinden korkulmaktadır. Bu durum tedaviyi geciktirmektedir. Bu bildiride EKT uygulanan, psikotik depresyonu olan bir huntington vakası sunulacaktır.

Anahtar Kelimeler: huntington, ekt

TOURETTE BOZUKLUĞUNDA DİRENÇLİ DEPRESYON VE EKT

Aslı Tutan¹

¹*Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*

Giriş: Tourette Bozukluğu (TB) ya da Gillesdela Tourette çocukluk ya da ergenlik döneminde başlayan süregelen alımlı davranış ve motor ve vokaltiklerle karakterize bir hastalıktır. TB obsesif kompulsif bozukluk, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve depresyon gibi komorbid hastalıklarla sık görülmektedir. Bir meta analiz çalışmasında TB olan hastalarda %13 ile %76 arasında depresif semptomlar görülmektedir. Bizde kliniğimizde TB ve komorbid depresyonu olan, ilaç tedavisine yanıtızsız ancak elektrokonvülsif terapi (EKT)'den fayda gören bir vakayı paylaşmak istedik. Olgu 41 yaşında erkek hasta T, başında ve boynunda istemsiz ritmik sallanma hareketi, uyku miktarında artış, isteksizlik ve yoğun anksiyete şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu NYY ile doğan, doğum ve ilk çocukluk öyküsünde bir özellik olmayan hastamızın ilk okuldayken vokal ve motor tikleri (göz kırpma, küfür etme, başını sallama) başlamış. 23 yaşında TB tanısı almış Hastamız 23 yaşından buyana süliprid 200 mg ve klonazepam 2 mg kullanmaktaydı Hastaya depresyon ve obsesyonların nedeni ile fluoksetin, klomipramin, risperidon, olanzapin, aripiprazol, lamotrijin gibi ilaçlar uygulanmış Ancak şikayetlerinde gerileme olmamıştı Hastamız daha önce 2 kez servisimize TB ve depresyon nedeniyle internee edilmiş ve 2 yatışında da 6 seans EKT sonras salahi ile taburcu edilmişti Hastapolikliniğimize başvurduğunda venlafaksin 225 mg, pimoizid 2 mg, süliprid 200 mg ve klonazepam 2 mg tedavisialmaktaydı Daha önce venlafaksin 375 mg'akadar çıkmış cevap alınamayınca EKT yapılmıştı, hasta 2 EKT seansından sonra düzelmeye başlamıştı. 1 ay önce yakınının vefatı ile tetiklenen isteksizlik, huzursuzluk, uyku miktarında artış, mutsuzluk ve suçludüşünce siyle kliniğimize internee edildi.

Klinik gidiş Hasta kliniğimize yatırılarak EKT uygulanması planlandı. Pimoizid ve klonazepam kesilerek venlafaksin 225 mg/gün, süliprid 400 mg/gün'e yükseltildi. Hastaya 7 seans EKT uygulandı. Giriş Hamilton depresyon ölçeği puanı 19 ve Y-BOCS puanı obsesyon = 10 kompulsiyon = 12 olan hastanın EKT sonrası puanı HAM-D puanı 9, Y-BOCS obsesyon = 6 kompulsiyon = 7 idi. Hasta Pimoizid 2 mg/gün, süliprid 400 mg/gün, Sodyum Valproat 1000 mg/gün, venlafaksin 225 mg/gün ile taburcu edilip kontrole çağrıldı, nüks veya relaps halinde profilaktik EKT düşünülmesi planlandı.

Tartışma Depresyon etyogenезin desero tonin nörotransmitterinin yanı sıra dopamin seviyesindeki azalmanında etkili olduğu bilinmektedir. Hastamızda da TB nedeniyle uzun süreli anti psikotik kullanımı olması, hastamızda gelişen depresyonda dopamin erjik sistem hipoaktivitesinin de etkili olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca EKT'nin TB semptomları üzerine iyileştirici etkisi olduğu da bilinmektedir, bu yönde bir iyileşmenin de depresyon tedavisine katkısı olduğu tartışılabilir. EKT ve karbamazepin tedavisi ile 2 yıllık remisyon sağlanan bir tourette bozukluğu + bipolar bozukluk hastası bildirilmiştir. Biz de hastamıza profilaksi amacıyla sodyum valproat tedavisi başladık. TB'de valproatın koruyucu etkisi ile ilgili farklı görüşler mevcut olup, hastamızda valproatın profilaktik etkisi yeterli olmazsa profilaktik EKT uygulaması diğer bir seçenek olarak düşünülmüştür.

Anahat Kelimeler: tourette bozukluğu, depresyon, EKT

PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANI ALMA ORANI

Abdullah Akpınar¹, Fatma Kaplan Başal¹, Süleyman Keleş¹, Kadir Demirci¹, Arif Demirdaş¹, İnci Meltem Atay¹, Duru Gündoğar¹

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Isparta

Amaç: Bu çalışmada psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanı alma oranı, DEHB tanısı alanlarda DEHB tanısı olmayanlardan sosyodemografik farklılık olup olmadığı ve eşlik eden diğer psikiyatrik hastalıkların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma Süleyman Demirel Üniversitesi (SDÜ) Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine 15 aralık-15 Ocak 16 tarihleri arasında başvuran 1012 hastanın yaş, cinsiyet, medeni durum, tanılar ve erişkin DEHB tanısı alan hastaların tedavileri ve tedavi dozları verileri incelenerek yapılmıştır. Adli ve sağlık kurulu başvuruları çalışma dışı bırakılmıştır.

Bulgular: Bu çalışmada bir aylık dönemde erişkin DEHB tanı oranı %5 (n=51) olarak saptanmıştır. Bu 51 hastanın %80 (n=40) pür DEHB tanısı almışken ; %14' ü (n=7) major depresif epizod, %8' i (n=4) anksiyete bozukluğu eş tanıları almıştır. DEHB tanısı olanlarda erkek cinsiyet, genç yaş ve bekar olmak DEHB tanısı olmayanlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0.001). Tedavi türlerinin değerlendirilmesinde metilfenidat uzun salınımlı formlarının (n= 47 %92) hızlı salınımlı formundan (n=4 %8) daha fazla tercih edildiği saptanmıştır.

Tartışma: DEHB hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin erken çocukluk döneminde başlayarak erişkin döneme kadar sürdüğü bir durum olarak tanımlanmıştır. Son yıllarda yapılan çalışmalar DEHB' nin erişkinler arasında da oldukça yaygın (%1-6) bir bozukluk olduğunu ortaya koymuştur. Bununla birlikte çalışmalar erişkin DEHB' nin daha az tanındığını bildirmektedir. Bu durum hastalığın semptomlarının zamanla azalması, semptomlarının diğer psikiyatrik patolojilerle sık karışması, diğer psikiyatrik rahatsızlıklarla komorbiditesinin yüksek olması ve hastaların erişkin dönemde daha çok komorbidite semptomlarıyla polikliniğe başvurması olabilir. SDÜ Tıp Fakültesi psikiyatri polikliniğinde erişkin DEHB tanı alma oranı %5 olarak bulunmuştur. Bu oran toplumda görülme sıklığı ile uyumludur. DEHB tanısını alanların DEHB tanısı almayanlardan yaş ortalaması olarak daha genç olması (23±8.1) diğer çalışmalarla benzerdir. DEHB' nin erişkin dönemde erkek kadın oranı 1/1 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada erkek kadın oranı (39/12) 3.25 olarak bulunmuştur. Bekar olma oranı diğer çalışmalarla benzer şekilde DEHB 'de anlamlı olarak yüksek bulunmuştur(p<0.001). En sık komorbid durum major depresif epizod, ikinci sıklıkta anksiyete bozukluğu saptanmıştır.

Sonuç: SDÜ Tıp Fakültesi psikiyatri polikliniğinde erişkin DEHB tanı alma oranı %5' tir. Erişkin DEHB tanısı genç yaş, bekar olanlarda ve erkek cinsiyette daha fazla görülmektedir. Ayaktan psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar toplumda görülme sıklığı diğer psikiyatrik hastalıklarla benzer olan erişkin DEHB açısından da değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: erişkin DEHB, sıklık, eş tanı, sosyodemografik özellikler

EVLİ ÇİFTLERDEKİ İNTİKAM DUYGUSUNUN EVLİLİK İLİŞKİSİ ÜZERİNE OLAN ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Aysun Selimoğlu Özyılmaz¹, Selim Polat¹, Çiçek Hocaoglu²

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Rize

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Rize

Giriş: Bireyin kendisine yapılan bir kötülüğün acısını kötülük yapandan öç almak için çıkarmak arzusu olarak tanımlanabilecek olan intikam duygusu kişiler arası ilişkilerde önem arz etmektedir. Günümüze kadar özellikle iş yaşamı ile ilgili insan ilişkilerinde intikam duygusu araştırılmış olup çalışmamızın konusu olan evlilik ilişkisinde eşler arası intikam duygusunun evlilik uyumu ve evlilik çatışmasına olan etkisi hiç araştırılmamıştır. Bu nedenle çalışmamızda psikiyatri polikliniğimize başvuran evli çiftlerdeki intikam duygusunun evlilik uyumu ve evlilik çatışmaları üzerine olan etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 1.9.2015-31.12.2015 tarihleri arasında RTEÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran 18 -65 yaş arası 30 evli çift (30 kadın, 30 erkek) dahil edilmiştir. Kontrol grubunu ise herhangi bir ruhsal bozukluğu olmayan rastlantısal olarak seçilen çalışma grubuna benzer özelliklere sahip çalışmaya katılmaya gönüllü 30 evli çift (30 kadın, 30 erkek) oluşturmuştur. Tüm olgular Sosyodemografik Veri Formu, İntikam Ölçeği, Evlilik Çatışma Ölçeği ve Evlilik Uyum Ölçeği ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen olguların yaş aralığı 20-56, kontrol grubunun yaş aralığı 25-58 idi. Çalışma grubuna dahil edilen çiftlerin evlilik süresi ortalama 11.78 yıl, Kontrol grubuna dahil edilen çiftlerin evlilik süresi ortalama 7.9 yıl idi. Çalışmaya dahil edilen gruplar arasında sosyodemografik özellikler açısından anlamlı bir fark saptanmadı. Her iki grupta da düşük eğitim ve düşük ekonomik seviyedeki bireylerin çift uyumlarının da düşük olduğunu ve anlaşarak evlenen kişilerin, çift uyumlarının görücü usulü ile evlenen kişilere göre daha yüksek olduğunu saptanmıştır. Çalışma grubunda intikam ölçeği ile affedicilik arasında negatif yönde, evlilik çatışması ile pozitif yönde ilişkiler olduğu sonucu elde edilmiştir.

Sonuç: Çalışmamız evlilik ilişkisini etkileyen, eşler arasındaki uyum ve çatışma için önemli bir etken olan intikam duygusunun önemi vurgular nitelikte olup, bu konuda yapılacak daha geniş örneklemli çalışmalara ışık tutacaktır.

Kaynaklar

1. McCullough ME, Bellah CG, Kilpatrick SD, Johnson JL. Vengefulness: Relationships with forgiveness, rumination, well-being, and the big five. *Pers Soc Psychol Bull* 2001; 27:601-610
2. Ysseldyk R, Matheson K, Anisman H. Rumination: Bridging a gap between forgivingness, vengefulness, and psychological health. *Pers Indiv Differ* 2007; 42:1573-1584.
3. Satıcı AS, Can G, Akın A. İntikam Ölçeği: Türkçeye uyarlama çalışması. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2015; 16:36-43.
4. Akın M, Özdevecioğlu M, Ünlü O. Örgütlerde intikam Niyeti ve Affetme Eğiliminin Çalışanların Ruh Sağlıkları ile İlişkisi. *Amme idaresi Dergisi*, 2012, 5:77-97.
5. Binici-Azizoğlu, S. (2000). Psikolojik yardım için başvuruda bulunan ve bulunmayan evli çiftlerin evlilik ilişkilerini değerlendirmelerinin karşılaştırılması. Yayınlanmamış doktora tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.

Anahtar Kelimeler: intikam, evlilik uyumu, evlilik çatışması

KATATONİYE BAĞLI GELİŞEN PULMONER EMBOLİ VE TEDAVİSİ- VAKA SUNUMU

Selma Çilem Uygur¹, İkbâl Vildan Güldeste¹, Akfer Karaoğlu Kahiloğulları¹, Kadir Özdel¹, Ayşegül Erayman¹, İlker Özdemir¹, Başak Örnek¹

¹Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara

Giriş: Katatoni; belirgin davranış anormallikleri ile karakterize klinik bir sendromdur. Ciddi komplikasyonları nedeniyle yakın takip gerektirir. Tedavide benzodiazepinler ve Elektro konvulzif Terapi(EKT) tercih edilmektedir. EKT özellikle genel medikal duruma bağlı gelişen katatoni, letal katatoni riski gibi hayatı tehdit eden durumlar olduğunda ilk seçenek tedavi olarak tercih edilmelidir. Biz olgumuzda katatoni tablosuna bağlı gelişen akciğer embolisinde tedavi seçenekleri arasında EKT'yi inceledik.

Olgu: Hastamız 39 yaşında, 15 senedir şizofreni tanısı olan son 2 yıldır paliperidon 9mg/gün, aripiprazol 5mg/gün tedavileri ile takip edilen kadın idi. 2015 Mayıs ayında babasının kaybından sonra yeme reddi, hareketsizlik, konuşmama şikâyetleri olması üzerine hastanemize yatışı yapıldı. İlk muayenesinde katatonik stupor tablosu mevcuttu. Benzodiazepin tedavisi başlandı. Ancak tablo gerilemediği için aileden yazılı onam alınarak hastaya EKT başlandı. İkinci Seanstan sonra hastanın oksijen saturasyonu %85'e düştü, taşikardi ve tansiyon yüksekliği gözlemlendi. D-dimer düzeyinin 524mcg/L gelmesi ve Spiral Toraks BTde emboli görülmesi üzerine hasta yoğun bakıma devredildi. Acil tedavisinin tamamlanmasından sonra hasta devralındı. 20 günlük medikal tedaviden sonra katatoni tablosu devam ediyordu. EKT ve anestezi için olası riskler aileye anlatıldı. Aileden onay alınarak haftada 3 kere EKT planlandı. Hastanın Anestezi açısından yüksek riskli kabul edilmesi nedeniyle EKT yoğun bakım koşullarında, antikoagülan tedaviye devam edilerek anestezi ve göğüs hastalıkları eşliğinde yapıldı. Üçüncü seanstan sonra hastanın negativist tutumu geriledi, sözel iletişim başladı. Tedavi 8 seansa tamamlandıktan sonra katatoni tablosu tamamen düzeldi. Tedavisi Olanzapin 20mg/gün şeklinde düzenlenerek taburculuğu yapıldı.

Tartışma-Sonuç: Biz olgumuzda 39 yaşındaki bir şizofreni hastasında gelişen katatoni tablosunu ve benzodiazepin tedavisinden fayda görmemesi neticesinde EKT'yi tercih ettik. 2.seansdan sonra gelişen pulmoner embolinin tespitinden sonra hastanın acil tedavisi yapıldıktan sonra katatoni tablosunun devam etmesi nedeniyle Olanzapin 20\gün, lorazepam 4mg\gün, haloperidol 5mg\gün tedavisi 20 gün sürdürüldü. Tablonun gerilememesi nedeniyle yoğun bakım şartlarında EKT'lerine devam edildi. 3. seans sonunda hastanın katatoni tablosunda geriledi, 8. seans sonunda tamamen düzelmesi nedeniyle tedavi sonlandırıldı. Literatürde akciğer embolisi ve DVT gelişiminde en önemli risk faktörünün hareketsizlik olduğu gösterilmiştir. Hastamızda yaklaşık 7 günlük hareketsizlikten sonra gelişmesi nedeniyle pulmoner embolinin hareket kısıtlılığına bağlı olabileceğini düşünüyoruz. Katatoninin ciddi komplikasyonları olan klinik bir tablo olduğu, tedavisinde Benzodiazepinler ve EKTnin etkili olduğu görülmüştür. Ancak daha hızlı tedavi sonucu beklenen durumlarda EKT'nin hayat kurtarıcı bir seçenek olabileceği literatürde bildirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: katatoni, Pulmoner Emboli, EKT

LİTYUMA BAĞLI GELİŞEN PARKİNSONİZM TABLOSU: OLGU SUNUMU

Ali Coşkun¹, Murat Erdem¹, Murat Semiz¹

¹Gata Psikiyatri Abd

Özet:

Giriş: Lityumun (Li) terapötik aralığının dar olmasından dolayı kontrollerle Lityum kan düzeyi istenen aralıkta tutulmaya çalışılmaktadır. Lityum kullanımı sonrası ataksi, dizartri, deliryum tremor, bellek sorunları, nefrotik, metabolik, hormonal sorunlar, ve kan lökosit düzeyi üzerine yan etkileri olabilir. Bu olguda lityum kullanım sonrası oluşan parkinsonizm tablosuna yer verilmiştir.

Olgu: 2010 yılında Bipolar Affektif Bozukluk tanısı alan, manik atakları olan hasta yaklaşık beş yıldır lityum tedavisi almaktadır. Dört ay önce manik belirtiler görülen hastanın lityum dozu 900 mg'dan 1200 mg'a yükseltildi. 900 mg lityum alırken lityum kan düzeyi 0,34 iken lityum 1200 mg/gün kullandığında lityum kan düzeyi 0,96 olarak ölçülmüştür. 1200 mg/gün lityum kullanım sonrası kontrol muayenesinde hastada rijidite, tremor gibi parkinsonizm bulguları tespit edilmiştir. Yapılan nörolojik değerlendirmede bu durumu açıklayacak Lityum dozunun artırılması dışında başka bir etyolojik etken bulunamamıştır. Hastanın tedavisine Lityum 1200 mg'a ek olarak biperiden 2 mg 2*1/2 eklendi. Hastanın bir hafta sonra yapılan kontrol muayenesinde postürünün düzeldiği, bilateral dişli çark bulgularının azaldığı görüldü.

Sonuç ve Tartışma: Terapötik aralıkta olsa dahi Lityum kullanımı sırasında doz artırılması yapılırken parkinsonizm bulgularının ortaya çıkabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Kaynaklar

1. NB Tomruk, MA Delice, A Yıldırım, N Alpay 2011. Akut Lityum Zehirlenmesinde Tanı ve Tedavi Güçlükleri
2. A Tiryaki, Z Özkorumak 2008. Kronik Lityum Zehirlenmesine Bağlı Koreoatetoz
3. Walrave TR, Bulens C 2009. Parkinsonism During Lithium Use

Anahtar Kelimeler: lityum, bipolar affektif bozukluk, parkinsonizm

MİSOFONİ: OLGU SUNUMU

Şenay Kılınçel¹, Öğuzhan Kılınçel², Pınar Vural¹

¹Uludağ Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Ana Bilim Dalı, Bursa

²Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Bursa

Amaç: Kelime anlamı “seslerden nefret etme” olan “misofoni” terimi ilk kez Amerikalı sinir bilimciler Pawel Jastreboff ve Margaret Jastreboff tarafından kullanılmıştır(1). Belirli seslerin kişide yoğun emosyonel tepkilere ve otonomik uyarılmaya neden olduğu kronik bir durumdur. DSM-5 ve ICD-10 tanı sistemlerinde yer almamaktadır. Bu bildirimde literatürde tanımlanan özellikleri ile uyumlu bir misofoni olgusu tartışılacaktır.

Olgu: 16 yaşındaki kadın olgu, lise 1. sınıf öğrencisi ve ailesiyle yaşıyor. Polikliniğimize bazı seslerden yoğun rahatsızlık duyma şikayetiyle başvuran olgunun yakınmaları 12 yaşındayken başlamış. Yutkunma sesi, ağız şapırdatma sesi, saat tıkırtısı, esneme, cips yenmesi, sakız çiğnenmesi gibi durumlarla karşılaştığında yoğun bir sıkıntı yaşadığını, öfkелendiğini, karşı tarafı uyardığını, sonuç alamadığında ise ortamı terk ettiğini, kulaklık taktığını ifade ediyordu. Bu seslere özellikle kulak verdiğini ve yakınmaları başladığından beri her gece kulak tıkacıyla uyuduğunu belirtiyordu. Yakın olduğu kişilerin çıkarttığı seslerden daha çok rahatsız oluyor ve bu nedenle uzun zamandır ailesiyle birlikte yemek yiyemiyordu, okulda sınavları terk etmek zorunda kalıyordu.. Daha önce herhangi bir psikiyatrik başvurusu olmamıştı ve bilinen herhangi bir tıbbi hastalığı yoktu. Yapılan ruhsal durum değerlendirmesinde obsesif-kompulsif kişilik özellikleri saptandı. Yakınmaları sosyal işlevselliğini önemli düzeyde etkiliyordu.

Tartışma: Misofoni ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında hastaların belirtilerinin, kişilik özelliklerinin ve baş etme mekanizmalarının dikkat çekici biçimde benzerlik gösterdiği görülmektedir. Bu durum göz önünde bulundurularak klinik semptomatolojisi tasvir edilmiş, belirtilerinin sınıflandırılması tartışılmış ve tanı kriterleri önerilmiştir(2). Bu olgunun klinik özellikleri de önerilen tanı kriterlerinin tamamını karşılamaktadır. Misofoninin tanı sistemlerinde yer alabilmesi için henüz yeterli kanıt düzeyine ulaşamamış olup daha ileri araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Kaynaklar

1. Schröder A, Vulink N, Denys D. (2013). Misophonia: diagnostic criteria for a new psychiatric Disorder. PloS ONE; 8(1).
2. Edelstein M, Brang D, Rouw R, Ramachandran VS. (2013). Misophonia: physiological investigations and case descriptions. Front. Hum. Neurosci; 7(June):296.

Anahtar Kelimeler: misofoni, çocuk, ergen

ERİŞKİN ASPERGER SENDROMU VE DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU BİRLİKTELİĞİ: BİR OLGU SUNUMU

Nilay Gül Bal¹, Fatma Özlem Orhan¹

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, K.Maraş

Giriş: DSM-5'te "Otizm Spektrum Bozukluğu" başlığı altında yer alan Asperger Sendromu (AS), sosyal iletişim bozukluğu, basmakalıp davranışlar ve dar ilgi alanları ile karakterize olup, klasik çocukluk otizminden, dil gelişiminde ve bilişsel yetilerde gerilik olmamasıyla ayrılır. Genellikle çocukluk çağında tanı konulmakla birlikte AS tanısının erişkinlik dönemine kadar geciktiği olgular da bildirilmiştir. Eşlik eden psikiyatrik durumların varlığı AS tablosunu gölgeleyebilmektedir. En sık görülen eştanılar dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), duygudurum ve anksiyete bozuklukları olarak belirtilmiştir. Bu yazıda daha önce DEHB tanısıyla takip edilen ayrıntılı anamnez alındığında AS ve DEHB eştanısı konulan bir olgu sunulmuştur.

Olgu Sunumu: 18 yaşında, lise 3.sınıf öğrencisi erkek hasta polikliniğimize başvurdu. Yakınları hastanın sinirliliğinden ve garip davranışlarından yakınıyordu. Alınan anamnezde hastanın ailesi okul öncesi dönemde hastanın hırçın, sabırsız ve aşırı hareketli olduğunu, arkadaş edinemediğini, oyun kurallarına uymadığını gözlemlemişti. Aile, hastanın ilkökul 1.sınıfta derste uyumsuz davranışlar sergilemesi, arkadaşları ile anlaşamaması nedeniyle öğretmeni tarafından uyarılmıştı. Bu dönemde DEHB tanısı alan hastaya metilfenidat başlanmıştı. Hasta polisler, milletvekilleri ve bakanlara aşırı ilgi duyuyordu. Onlardan meslekleri hakkında ayrıntılı bilgiler alıyor, onlarla çok sayıda fotoğraf çektiyordu. Atamaları yakından takip ediyor, yetkili kişilerin isimlerini ezbere biliyordu.

Ruhsal durum muayenesinde hastanın genel görünümü yaşına uygundu. Uzun süreli göz teması kuramıyordu. Konuşma miktarı hafif artmıştı. İlgi alanlarından bahsederken konuşması ayrıntılı idi. Düşünce içeriğinde polisler, milletvekilleri ve bakanlarla ilgili temalar mevcuttu. Psikomotor aktivitesi artmıştı, görüşme öncesi sırasını bekleyemediği, muayenede ise sık sık görüşmeyi sonlandırıp odadan çıkmak istediği gözlemlendi.

Tartışma: Literatürde DEHB ve Asperger Sendromu ile ilgili çeşitli çalışmalar mevcuttur. Olgumuz hiperaktivite, dürtüsellik ve dikkat sorunları nedeni ile 7 yaşından itibaren DEHB tanısı ile takip edilmiştir. DEHB tablosunun hastada oldukça gürültülü seyretmesi AS'nun atlanmasına neden olmuş olabilir. Ancak hastanın toplumda saygı duyulan kişilere aşırı ilgi duyması Asperger Sendromundaki basmakalıp davranışlar ve dar ilgi alanları ile açıklanabilir. Sınıf arkadaşlarının duygu ve tepkilerine anlamlı karşılıklar veremeyip, onları rahatsız edici davranışlarına rağmen alırmaz bir tavır sergilemesi otistik bozukluklara özgü empati yoksunluğu için anlamlı birer bulgu olabilir. Bu davranış DEHB'deki dürtüsellik ve dikkatsizlik ile de ilişkilidir.

Erişkin DEHB'de AS önemli bir komorbiditedir. Komorbiditeler DEHB'nu genellikle zorlaştırır. AS tanısının atlanması tedaviyi etkilemesinin yanı sıra hastanın yaşam kalitesinde ve işlevselliğinde anlamlı değişiklik sağlayabilecek olanaklardan yararlanmasını da olanaksız kılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, asperger sendromu, otizm

PANİK BOZUKLUĞU HASTALARINDA ALEKSİTİMİ, ANKSİYETE DUYARLILIĞI, SİRKADİYEN TERCİHLER VE BİYOKİMYASAL ÖLÇÜMLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hülya Çeçen¹, Pınar Güzel Özdemir¹, Osman Özdemir¹, Yavuz Selvi²

¹Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Van, Türkiye

²Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

Amaç: Bu çalışmada Panik bozukluğu (PB) hastalarında aleksitimi düzeyinin, anksiyete duyarlılığının, sirkadiyen tercihler ve bazı biyokimyasal değişiklikler açısından değerlendirilmesi ve kontrol grubu ile karşılaştırılması planlandı.

Yöntem: Çalışmaya Yüzüncü Yıl Üniversitesi Psikiyatri polikliniğine başvuran, çalışma ölçütlerini karşılayan 50 PB hastası ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 40 sağlıklı birey alındı. Katılımcılara Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği (PBŞÖ), Panik ve Agorafobi Ölçeği (PAÖ), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20), Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3) ve Sabahlılık-Akşamlılık Ölçeği (MEQ) uygulandı. Her iki gruptan kan alınarak kortizol, dehidroepiandrosteron-sülfat (DHEA-S) ve tiroid hormonlarının düzeyleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Araştırmamızın sonucunda hasta grubunun kontrol grubuna göre aleksitimi düzeyi daha yüksek olarak saptandı. Aleksitiminin duyguları tanıma ve ifade etmede zorluk boyutu ile panik bozukluğu şiddeti arasında pozitif yönde korelasyon saptandı. Ayrıca PB hasta grubunda aleksitimik olan ve aleksitimik olmayan alt gruplar arasında aleksitimik olan grubun PBŞÖ puanları, ADİ-3 puanları ve ortalama DHEA-S düzeyleri aleksitimik olmayan alt gruptan daha yüksek bulundu. Hasta grubunun kontrol grubuna göre anksiyete duyarlılığı daha yüksekti. Sirkadiyen tip sınıflamasına göre sabahlılık ve akşamlılık özellikleri açısından tüm grup “ara tip” olarak bulundu. Çalışmamızda ortalama *sT3* değeri kontrol grubunda daha yüksek bulundu. DHEA-S’ nin ortalama değeri hasta grubunda daha düşük bulundu.

Sonuç: Aleksitiminin psikiyatrik rahatsızlıkların gelişiminde ve sürecinde olan etkisi giderek ilgi çeken bir araştırma konusu olmaktadır. PB hastalarında duyguları tanıma ve tanımlamada zorluk boyutu ile anksiyete yakınmaları arasında pozitif bir ilişki görülmekte, yani kişilerde duygularını tanımlama ve tanımlamalarının zorlaşması yaşadıkları anksiyete düzeyi ile eşleşmektedir(1). Anksiyete duyarlılığı ise kişinin yapısında bulunan ve süreklilik gösteren temel bir korku biçiminde ve çok çeşitli anksiyete bozukluklarına yatkınlığı değerlendirmek üzere kavramsallaştırılmıştır. PB ile diğer anksiyete bozuklukları ve depresyon tanısı alan hastalar karşılaştırıldığında en yüksek anksiyete duyarlılığı puanları PB grubunda saptanmıştır(2).

Kaynaklar

1. Devine H, Stewart SH, Watt MC. (1999) Relations between anxiety sensitivity and dimensions of alexithymia in a young adult sample. *J Psychosom Res*, 47: 145–158
2. Blais M. A, Otto M. W, Zucker B.G, McNally R.J, Schmidt N.B, Fava M, Pollack M.H, (2010) The Anxiety Sensitivity Index: Item Analysis and Suggestions for Refinement, *Journal of Personality Assessment*, 77:2,272-294.

Anahtar Kelimeler: panik bozukluk, aleksitimi, anksiyete duyarlılığı

10 YAŞINDA BİR ÇOCUKTA FLUOKSETİNE BAĞLI OLARAK ORTAYA ÇIKAN VOKAL TİK

Yakup Albayrak¹, Ece Altındağ¹, Murat Beyazyüz¹

¹Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilimdalı, Tekirdağ

Giriş: SSRI'lar genellikle kullanımı kolay ve yan etkileri açısından güvenilirlikleri yüksektir. Nadiren de olsa SSRI'lar ile tedavi esnasında distoni, akatizi ve diskinezi gibi ekstrapiramidal yan etkiler görülebilmektedir (1). Bu vakada fluoksetin kullanımı ile ilişkili bir vokal tik olgusu sunulacaktır.

Vaka: 10 yaşında kız çocuğu yakınları eşliğinde psikiyatri polikliniğine başvurdu. Hastanın ana yakınması 2-3 dakika arayla kısa çığlıklar atma. Muayene odasında da 2-3 dakika arayla, peş peşe 3-4 kez yaklaşık bir saniye süren çığlıklar attığı gözlemlendi. Alınan anamnezden hastanın bir gün önce başka bir merkezde Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi uzmanı tarafından değerlendirildiği, anksiyete bozukluğu tanısıyla Fluoksetin 10 mg/gün oral solüsyon şeklinde tedavi düzenlendiği öğrenildi. Hasta ilk dozu aldıktan yaklaşık 6 saat sonra vokal tik şeklinde bu çığlıklar başlamış. Hasta, elinde olmadan çığlık attığını, bundan rahatsız olduğunu, boğazında sanki bir şeyin onu çığlık atmaya zorladığını ifade etti. Bu belirti vokal tik olarak değerlendirildi. Fluoksetin tedavisi durduruldu. Hasta 4 gün boyunca her gün kontrol muayenesine geldi. Bir gün sonra hasta aynı vokal tiklerle tekrar polikliniğimize başvurdu. Tekrar fluoksetin tedavisi kesildi ve Çocuk ve ergen psikiyatrisi uzmanına telefonla bilgi verildi. Uzman tarafından hastaya fluoksetin yerine 25 mg/gün Sertraline tedavisi başlandı. Tikler birkaç gün içinde düzeldi ve tekrar gözlenmedi.

Tartışma: Literatürde SSRI'lar ile indüklenen tik bozukluğu vakalarının sayısı sınırlıdır. Panik bozukluklu sertraline kullanımı sonrasında tiklerin ortaya çıktığı bildirilmiştir (2). Ceylan ve Akca fluoksetin kullanımı sonrasında bir çocuk hastada tiklerin ortaya çıktığını bildirmiştir (3). Eisenhauer ve Jermain bir adölesan hastada fluoksetin kullanımı esnasında tiklerin oluştuğunu bildirmişlerdir (4). Benzer şekilde Cunningham ve ark. Fluoksetin kullanımı sonrasında göz tikleri ve işitme bozukluğu ile giden bir vaka takdim etmişlerdir (5)..

Fluoksetine bağlı motor tiklerin ortaya çıktığını belirten ve yukarıda bahsi geçen vakalar mevcuttur. Anca bilgilerimize göre fluoksetine bağlı izole vokal tik hiç bildirilmemiştir.

Kaynaklar

1. Cath, D., Hedderly, T., Ludolph, A., Stern, J., Murphy, T., Hartmann, A. et al. (2011) European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. Part I: assessment. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 20: 155–171.
2. Ghanizadeh A. Sertraline and tic: case report. *Pharmacopsychiatry*. 2007 Nov;40(6):289-90
3. Ceylan MF, Akca ÖF. Fluoxetine-induced tics in a child. *Türk Psikiyatri Derg*. 2011 Spring;22(1):61-2.
4. Eisenhauer G, Jermain DM. Fluoxetine and tics in an adolescent. *Ann Pharmacother*. 1993 Jun;27(6):725-6.
5. Cunningham M, Cunningham K, Lydiard RB. Eye tics and subjective hearing impairment during fluoxetine therapy. *Am J Psychiatry*. 1990 Jul;147(7):947-8

Anahtar Kelimeler: fluoxetine, tik, bozukluk

CAPGRAS SENDROMUNUN EŞLİK ETTİĞİ PSİKOTİK BİR OLGUDA PALİPERİDON PALMİTAT KULLANIMI

Abdullah Akpınar¹, İbrahim Halil Aslan¹, Mehmet Akgönül¹, Arif Demirdaş¹

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Bölümü, Isparta

Amaç: Depo antipsikotikler, ağızdan ilaç alımı kısıtlı ve/veya tedavi uyumsuzluğu olan psikotik hastalarda kullanılan ilaçlardır. Şizofreni hastalarının yaklaşık %15'i bu ilaç grubunu kullanmaktadır. Capgras sendromu genellikle şizofreni ve organik psikozda görülen, kendisine yakın olan kişilerin onların ikizleriyle yer değiştirdiklerine inanma şeklindeki hezeyanlarla karakterize bir sendromdur. Bu olgu sunumunda pozitif ve negatif psikotik belirtilerin yanı sıra capgras sendromunun özelliklerini taşıyan bir hastanın tedavisinde bir depo antipsikotik olan paliperidon palmitat'ın etkinliği tartışılmıştır.

Olgu: 34 yaşında, bekar, sağlık çalışanı kadın hasta. İlk şikayetleri 18 yaşında hayattan zevk alamama, sosyal içe kapanma, isteksizlik, uyku miktarında artma şeklinde başlayan hastanın 4 yıl boyunca benzer depresif şikayetleri devam etmiş. Hastada sonrasında 22 yaşında obsesif kompulsif belirtilerin başladığı, eş zamanlı olarak duygulanımda labilite ve persekütif aşırı değerlendirilmiş düşüncelerin geliştiği saptandı. Hastaya antidepressan + risperidon 1 mg/gün tedavisi başlandı ve şikayetlerinde büyük ölçüde düzelme meydana geldi. 2013 yılında 31 yaşındayken sosyal içe çekilme, işlevselliğinde azalma, uygunsuz duygulanım, erotomanik ve paranoid/persekütif içerikli hezeyanlar, capgras sendromunda sıklıkla gözlenen anne babasının kendi anne babası olmadıkları, onların benzerleriyle yer değiştirdiklerini düşünme şeklinde şikayetlerinin başlaması üzerine yataklı üniteye yatışı yapıldı. Hastaya paliperidon palmitat tedavisi başlandı. İdame tedavisi olarak 75-100 mg IM olarak ayda bir kez uygulandı. Tedaviyle birlikte duygulanımındaki uygunsuzluk ve kısıtlılık belirgin olarak geriledi. Sosyal içe çekilmesi geriledi, sosyal iletişimi arttı, erotomanik-persekütif hezeyanları ve anne babasının kendi anne babası olmadıkları yönündeki düşüncesi kayboldu. Hasta tedavinin 3. ayında tekrar işine başladı. Takiplerinde yaklaşık 3 yıldır şikayetlerinin olmadığı ve idame tedavisi süresince tekrar gözlenmediği saptandı.

Sonuç: Capgras sendromunun eşlik ettiği, pozitif-negatif belirtilerin bulunduğu psikotik hastalarda depo antipsikotiklerin tedavide etkin olabileceği ve tedaviye uyumu arttırabileceği düşünülmektedir.

Anahar Kelimeler: Capgras sendromu, paliperidon palmitat, psikoz, depo antipsikotik

NEGATİF BELİRTİLERİN HAKİM OLDUĞU ŞİZOFRENİ OLGUSUNDA PALİPERİDON PALMITAT ETKİNLİĞİ

Abdullah Akpınar¹, Ayşe Özçelik¹, Mehmet Akgönül¹, Bilal Tanrıtanır²

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Isparta

²Yozgat Devlet Hastanesi, Yozgat

Giriş: Antipsikotikler şizofreni tedavisinin temelini oluşturmaktadır. Şizofrenide antipsikotik kullanımında karşılaşılan en büyük problem uzun süre ilaç kullanım gerekliliğidir. Hastaların ilaç uyumunu arttırmak için geliştirilen depo antipsikotikler şizofreni tedavisinde yeni bir alan açmış gibi görünmektedir. Bu olgu sunumunda pozitif ve belirgin negatif belirtilerin bulunduğu bir şizofreni hastasının tedavisinde depo antipsikotiklerden olan paliperidon palmitat'ın etkinliği gösterilmiştir.

Olgu: 45 yaşında, evli, erkek hasta. Hastanın ilk şikayetlerinin yirmili yaşların başında sosyal izolasyon, işlevsellikte azalma, mistik- grandiyöz-persekütif hezeyan ve işitsel halüsinasyon varlığıyla başladığı, ilk atak ve sonrasında tedavi almadığı öğrenildi. Hastanın 38 yaşında benzer algısal ve düşünce içeriği bozukluklarıyla poliklinik başvurusu oldu. Hastaya zuklopentiksol dekanolat 200 mg tedavisi başlandı. 5 yıllık poliklinik takiplerinde pozitif belirtilerde gerileme gözlemlendi, ancak hastanın göz temasında, jest ve mimiklerinde azalma, sosyal izolasyon, azalmış affektif yanıt, konuşma miktarında azalma, içeriğinde fakirleşme ve reaksiyon süresinde uzama gibi negatif belirtiler mevcuttu. Mevcut tedaviye aripiprazol 10mg eklendi. Poliklinik takiplerinde sosyal izolasyonunun arttığı, işlevselliğin azaldığı, psikomotor retardasyonun arttığı belirtildi. Hastanın tedavisi paliperidon palmitat ile değiştirildi, aripiprazol tedavisi sonlandırıldı. İlerleyen dönemde 75 mg idame tedavisi ile devam edildi. Paliperidon palmitat ile hastada affektif yanıtın düzeldiği, jest ve mimiklerinin ise arttığı gözlemlendi. Hastanın psikomotor retardasyonu geriledi, sosyal işlevselliğinde belirgin düzelme meydana geldi, konuşma miktarı arttı ve içeriği zenginleşti.

Sonuç: Bu olguda olduğu gibi şizofreninin negatif belirtilerinin hakim olduğu, ilaç uyumsuzluğu gösteren hastalarda paliperidon palmitat seçeneği diğer tedavilere alternatif gösterilebilir.

Anahtar Kelimeler: paliperidon palmitat, negatif belirtiler

TADALAFİLE BAĞLI UYKUyla İLİŞKİLİ YEME BOZUKLUĞU

Yakup Albayrak¹, Murat Beyazyüz¹, Ece Altındağ¹

¹Namik Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilimdalı, Tekirdağ

Giriş: Tadalafil 5 fosfodiesteraz inhibitörlerinden biri olup erektil disfonksiyon tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır (1). Tadalafil ile ilgili iyi bilinen yan etkilerin yanısıra, tadalafil kullanımına bağlı yeme bozukluğu vakası bildirilmemiştir. Bu vakada tadalafil ile oluşan yeme bozukluğu vakası sunulmaktadır.

Vaka: 52 yaşında erkek hasta psikiyatri polikliniğine, geceleri uyku arasında kalkıp aşırı yemek yeme, bazı günler yemek yediği anları hatırlayamama, bazen kendisini yemek yerken bulduğunu fark etme şikayetiyle başvurdu. Bazen gece yemek yediğini hatırlamıyor, sabah mutfakta yediği gıdaların artıklarını buluyormuş, bazen de yatağında yiyecek parçaları olduğunu fark ediyormuş. Hastanın başka bir tıbbi rahatsızlığı yoktu. Gece hipoglisemileri olabileceği düşünülerek dahiliye bölümü ile konsülte edildi. Yapılan tetkiklerde diyabet veya bozulmuş glukoz toleransı saptanmadı. Hasta dahiliye servisine yatırıldı. Kan şekeri takipleri normaldi. Geceleri yatağından kalkıp odada gezindiği gözlemlendi. İlk başvurusunda hasta herhangi bir ilaç kullanmadığını ifade etmişti. Dahiliye biriminde yatarken haftada iki kez tadalafil 20 mg aldığı öğrenildi. Hastanede yatarken hiç tadalafil kullanmadı ve bir haftalık gözlem sonucunda taburcu edildi. Hasta tarafımızca tekrar değerlendirildi. Tadalafil kullanmaması ve yeme ataklarının gözlenmesi hastaya ve eşine önerildi. Hasta tadalafil almadığı bir ay boyunca hiç gece kalkıp yemek yemedi.

Tartışma: Non-Rapid Eye Movement Sleep Arousal Disorders başlığı altında uyku ile ilişkili yemek bozukluğu tanımlanmıştır, fakat tadalafile bağlı böyle bir olgu hiç bildirilmemiştir. Sildenafilin yan etkileri arasında aşırı açlık hissi ve güçlü yemek yeme isteği belirtilmiştir, fakat tadalafil için böyle bir yan etki belirtilmemiştir.

Özellikle geç yaşlarda başlayan ve yeme bozukluğu olarak kabul edilebilecek semptomlar ele alınırken sildenafil ve tadalafil gibi ilaçların da bu tip bozukluklara sebep olabileceği akıld tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Hakky TS, Jain L. Current use of phosphodiesterase inhibitors in urology. Turk J Urol. 2015 Jun;41(2):88-92.
1. Carson CC, Rosenberg M, Kissel J, Wong DG. Tadalafil - a therapeutic option in the management of BPH-LUTS. Int J Clin Pract. 2014 Jan;68(1):94-103.

Anahtar Kelimeler: tadalafil, yeme, bozukluk, yan etki

AGOMELATİNE BAĞLI ŞİDDETLİ AKATİZİ

Yakup Albayrak¹, Murat Beyazyüz¹, Mehmet Buğrahan Gürçan¹

¹Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilimdalı, Tekirdağ

Giriş: Akatizi içsel bir huzursuzluğun eşlik ettiği yerinde duramama ile karakterize klinik bir antitedir. Akatizi genellikle antipsikotikler ile ilişkilendirilmiş bir yan etki olmakla birlikte SSRI'lar ile nadir de olsa görülebilir. Bu bildirimde agomelatin ile indüklenen bir akatizi olgusu sunulacaktır (1).

Vaka: 36 yaşında erkek hasta depresif yakınmalarla polikliniğe başvurdu. Hastanın aynı zamanda çoklu motor tikleri mevcuttu. Depresif belirtiler ön planda olduğu ve çoklu ilaç kullanımından kaçınmak için öncelikle depresif belirtilere yönelik tedavi başlandı. Hastaya depresif bozukluk tanısıyla Agomelatin 25 mg P.O. başlandı. Bir gün sonra hasta yerinde duramama, sürekli gezinme isteği, oturduğu zaman da sürekli bacaklarını hareket ettirme şikayetleriyle polikliniğe geldi. Agomelatin kesildi. Bir gün sonra hastanın akatizi bulguları düzeldi.

Tartışma: Literatürde agomelatine bağlı iki akatizi olgusu bildirilmiştir (2,3). Agomelatin pek çok açıdan güvenli bir ilaç olsa da bazı hastalarda önemli sıkıntılar yaratabilen böyle bir yan etki ortaya çıkabilmektedir.

Kaynaklar

1. Albayrak Y, Kuloglu M. Antidepressants and akatishia. JMOOD. 2013; 3(4): 162-70.
2. Bastiampillai T, Tibrewal P, Banham KL, Dhillon R. Agomelatine-induced akathisia in a 38-year-old woman with depression. Prim Care Companion CNS Disord. 2014;16(3). pii: PCC.14l01631.
3. Imboden C, Hatzinger M. Agomelatine-induced akathisia with concomitant duloxetine medication: a case report. Pharmacopsychiatry. 2012 Jun;45(4):162-3.

Anahtar Kelimeler: agomelatin, akatizi

CAPGRAS SENDROMU VE COTARD SENDROMU BİRLİKTELİĞİ: BİR OLGU SUNUMU

İnci Meltem Atay¹, Ayşe Rümeysa Yaman¹, Merve Orhan¹

¹Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Isparta

Sanrısız yanlış tanıma sendromları, ruhsal veya nörolojik bozukluklar zemininde gelişebilen bir grup sanrılı bozukluğu içermektedir. Bu bozukluklardan en sık görüleni Capgras Sendromu olup; hastanın çevresindeki kişilerin veya nesnelerin bazen de kendisinin tıpatıp benzeyen ikizleri ile değiştirildikleri sanrılarıyla karakterize bir tablodur. Saf bir şekilde ortaya çıkabildiği gibi şizofreni, organik psikoz, mani ve psikotik özellikli depresyonla da birlikteliği gösterilmiştir. Ayrıca birliktelik gösterdiği diğer bir durum ise vücudunun olmadığı, ölü olduğu şeklindeki nihilistik hezeyanlarla karakterize ölümsüzlük düşünceleri, dış dünyaya yabancılaşma ve intihar düşüncelerinin eşlik edebildiği Cotard Sendromu'dur. Olguda psikotik özellikli depresyona eşlik eden eş zamanlı Capgras ve Cotard Sendromu sunulmuştur. 25 yaşında kadın hasta polikliniğimize 3 aydır olan isteksizlik, sinirlilik, huzursuzluk, iştah azalma, değersizlik düşünceleri ve öfke patlamaları yakınmaları; son 5 gündür eşlik eden korku hali, şüphecilik, ağlama krizleri, persekütif hezeyanlar, insomnia, kendi kendine konuşma, ajitasyon tablosu nedeniyle ailesi tarafından getirildi. Psikiyatrik değerlendirme sonrası psikotik özellikli depresyon ön tanısıyla kliniğimize kabul edildi. Tedavisi sertraline 50 mg/gün, risperidon 1 mg/gün, lorazepam 1 mg/gün olarak düzenlendi. Yatışının 5. gününde klinik tabloya herkesin öldüğü yönünde nihilistik hezeyanlar (Cotard Sendromu) ve klinikteki diğer hastalarla aile üyelerinin yer değiştirdiği yönünde düşünceler (Capgras Sendromu) eklenmesi üzerine Sertraline 200 mg/ gün'e, risperidon 4 mg/ gün'e yükseltildi. Klinik etkinlik görülmemesi üzerine mevcut tedaviye olanzapin 5 mg/ gün eklenip 20 mg/gün'e titre edildi. Olanzapin eklenmesini takiben semptomlarında gerileme olması üzerine ayaktan takip ve tedavi edilmek üzere taburcu edildi. Poliklinik kontrollerinde hezeyanlarının kaybolduğunun görülmesiyle birlikte risperidon kademeli olarak azaltılıp, kesildi. Klinik olarak iyilik hali olan hasta halen ayaktan poliklinik kontrollerine gelmektedir.

Anahtar Kelimeler: capgras sendromu, cotard sendromu

ŞİZOAFEKTİF BOZUKLUK TANILI OLGUYA EŞLİK EDEN CAPGRAS VE FREGOLI SENDROMU BİRLİKTELİĞİ

Abdullah Akpınar¹, Kevser Kuzdere¹, İbrahim Halil Aslan¹, Kadir Demirci¹

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Isparta

Giriş: Capgras sendromu, tanıdığı kişileri ya da nesnelerin kendi kimlikleri dışında başkaları ile yer değiştirdiğini düşündüğü sanrılarla karakterize bir tablodur. Benzer özelliklere sahip olan Fregoli sendromu ile birlikte Delüzyonel Misidentifikasyon Sendromu'na dahildirler. Delüzyonel Misidentifikasyon Sendromu'nun 4 alt tipi vardır. Bunlar: 1)Capgras sendromu 2)Fregoli sendromu 3)İntermetomorfos yanılsaması 4) Öznel ikizler sendromu. Capgras sendromu; Delüzyonel Misidentifikasyon Sendromları içinde en sık görülenidir, Fregoli sendromu daha az sıklıkla görülür, hatta bu iki sendromun birlikteliği çok daha nadir olarak görülmektedir. Çok az vakada tek başına görülebilen bu sendromlara genellikle tanısı konulmuş psikotik hastalık tablosu ya da organik bir etyoloji eşlik eder. Delüzyonel yanılsama sendromları nadir görülen bir sendrom grubu olmakla birlikte son yıllarda daha fazla vaka tanımlanmaktadır.

Olgu: Bizim olgumuzda 29 yaşında üniversite mezunu, bekar bir kadın hastada, şizoafektif bozukluk tanısıyla tanısıyla takip edilirken son atağındaki semptomlarının Capgras ve Fregoli sendromlarının özelliklerini taşıdığı görüldü. İlk şikayetleri 5 yıl önce kirlilik –bulaşma obsesyonu, içe kapanma, sosyal izolasyon olarak başlayan hastanın klinik tablosuna görsel halüsinasyon ve dezorganize davranışların eklenmesi üzerine 2012 Şubat ayında akut psikoz, obsesif kompulsif bozukluk ön tanıları ile yataklı üniteye takibi yapıldı. Takip eden 3 yıl içerisinde aktif bir şikayet tariflemeyen hasta 2015 Ocak ayında başlayan öfkesellikte artış, enerji artışı, konuşma hızında artış, uyku ihtiyacında azalma, paronoid/persekütif hezeyanlar, fikir uçuşmaları, çağrışımlarda hızlanma şikayetleriyle mart ayında şizoafektif bozukluk ön tanısıyla ikinci kez yatışı yapılarak takip edildi. Klinik tablosunda gerileme olmayan hastaya uygulanan 7 seans EKT tedavisi sonrası mevcut klinik tablosunda düzelme gözlemlendi. Hasta sürdürüm tedavisi olarak 750mg/gün valproik asit, olanzapin 3mg/gün, ketiapi 300mg/gün ile taburcu edildi. 2015 Eylül ayında duygusal labilite, paronoid/persekütif hezeyanlar, çağrışımlarda hızlanma, anne babasının yüzünü tanıyamama, sanki anne babasının kendi anne babası değil başka birileri olduğunu düşünme, sokakta tanımadığı kişileri sanki tanıyormuş ve kendi akrabalarıymış gibi hissetme şeklinde başlayan şikayetleri sonrasında üçüncü kez yataklı ünitemizde takibi yapıldı. Tedavisinde valproat dozunu 1000 mg/gün'e çıkarmak dışında değişiklik yapılmadı, tüm şikayetleri bir hafta içerisinde gerileyen hasta mevcut tedavisiyle taburcu edildi.

Sonuç: Capgras sendromu ve Fregoli sendromu birlikteliği ender olarak görülmekle; daha çok paranoid şizofreni ile beraber olmakla psikotik özellikli depresyon ve mani ile birliktelik gösterse de bizim olgumuzda da görüldüğü üzere şizoafektif bozukluk olgularıyla da birliktelik gösterebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: capgras sendromu, fregoli sendromu, şizoafektif bozukluk

KOGNİTİF VE DUYGUDURUM BOZUKLUKLU BİR NÖROPSİKOBEHÇET VAKASI

Yakup Albayrak¹, Murat Beyazyüz¹, Özden Yaman¹, Ece Altındağ¹

¹Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tekirdağ

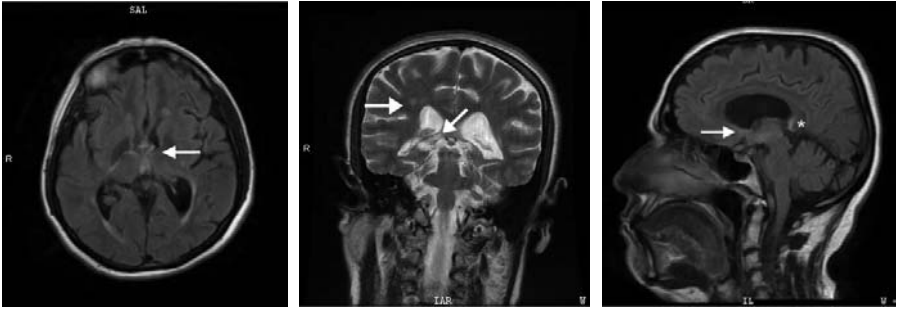
Giriş: Nörobeheçet vakalarının çoğu subakut beyinsapı sendromu, unilateral ya da bilateral kortikospinal trakt bulguları, serebellar bulgular ve bilinçte bozulma olan ya da olmayan hafif konfüzyon başlamasıyla ortaya çıkan vasküler, inflamatuvar, santral sinir sistemi hastalığı ile karakterizedir. Bununla beraber hemiparezi, kognitif, davranışsal ve emosyonel bozukluklar, ekstrapiramidal bulgular ve inmeler de gözlenebilir, ancak bu semptomlar daha seyrek (1-2). Burada depresif bozukluk ve orta düzey kognitif bozukluğun eşlik ettiği Nöropsikobehçet Sendromu sunulacaktır.

Vaka: 42 yaşında kadın hasta, unutkanlık, halsizlik, isteksizlik, sürekli uyku hali, güçsüz hissetme, moral bozukluğu ve ağlama şikayetleriyle psikiyatri polikliniğine başvurdu. Hastanın öyküsünde 20 yıl önce tekrarlayan oral aftlar nedeniyle başvurduğu merkezde Behçet Hastalığı tanısı aldığı ve kolşisin tedavisinin başlandığı öğrenildi. 2011 yılında depresif şikayetleri ve unutkanlığı başlamış, 2012 yılında şikayetlerinin artışı üzerine psikiyatriye başvurmuş. Fluoksetin 20mg/gün, Bupropion 300mg/gün tedavisi başlanan hasta tedaviden kısmen fayda görmüş ve depresif şikayetleri gerilemiş. Hastanın halen Fluoksetin 20mg/gün, Azatioprin 100mg/gün, Kolşisin 1mg/gün kullanmakta olduğu öğrenildi.

Ruhsal durum muayenesinde yaşında gösteren kadın hastanın bilinci açık, oryante ve koopere idi. Görüşmeciyi işbirliği içerisindeydi, göz teması kuruyordu, spontan konuşması azalmıştı, kendisine sorulan sorulara kısa, amacına uygun, gecikmiş yanıtlar veriyordu, psikomotor aktivite azalmıştı, distraktibilite mevcuttu, yakın ve uzak bellek kusuru mevcuttu, düşünce süreci yavaş, çağrışımları doğaldı, duygudurum depresifti, algı muayenesinde patoloji saptanmadı. İnsomnia mevcuttu, iştah doğal olarak değerlendirildi.

Yapılan minimal test sonucunda hasta 19 puan almıştır. Hastanın MRG'sinde; T1 ağırlıklı aksiyal incelemede özellikle periventriküler bölgede, 3. ventrikül forniks çevresi ve nukleus akumbens hiperintens tutulum; sagittal T1 ağırlıklı incelemede Nukleus akumbens, amigdala çevresi hiperintensite ve koronal T2 ağırlıklı incelemede sağ hipokampus ve amigdala lokalizasyonunda hiperintens tutulum ve periventriküler tutulum gözlenmiştir.

Tartışma: Vakamız görüntüleme yöntemiyle uyumlu psikiyatrik semptomlara sahiptir. Behçet Hastaları psikiyatrik açıdan da değerlendirilmeli ve gerekli psikiyatrik tedavi verilerek hastaların yaşam kalitesi artırılmalıdır.



Kaynaklar

1. Behcet H. Über rezidivierende, apthöse durch ein Virus verursachte Geschwüre am Mund, am Auge und an der Genitalen. Dermatol Wochenschr 1937;105:1152–7.
2. Akman-Demir G, Serdaroglu P, Tasci B. The Neuro-Behcet Study Group. Clinical patterns of neurological involvement in Behcet's disease: evaluation of 200 patients. Brain 1999;122:2171–82.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, kognitif, duygudurum, bozukluk

MADDE KULLANIMI VE BİPOLAR BOZUKLUK BİRLİKTELİĞİ: İKİ OLGU SUNUMU

Müberra Kulu¹, Leman İnanç¹, Uğur Kulu²

¹Tokat Dr. Cevdet Aykan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Tokat

²Tokat Devlet Hastanesi, Tokat

Duygudurum bozukluklarında madde kullanımına sıkça rastlanmaktadır. Madde kullanan ve duygudurum bozukluğu tanısı konan iki olgudan bahsedilecektir.

Olgu 1: 30 yaşında lise mezunu boşanmış 2 çocuklu çalışmıyor.

Maddeyi bırakma isteği, uykusuzluk, hayal görme, halsizlik, burun akıntısı şikayetleri ile başvurdu. Yapılan ruhsal durum muayenesinde konuşma basınçlı ve hızlı duygulanımı canlı, opioid yoksunluk bulguları mevcuttu.

2002 yılında yaptığı evlilik ile birlikte opioid kullanımı başlamış.

Zaman zaman madde kullanımını bırakma girişimleri olmuş. 2014 yılında eşinin vefatı sonrası moralsizlik, hayattan keyif almama, isteksizlik, ağlama şikayetleri olmuş. Öncesinde maddeyi kendi çabası ile bırakan hasta depresif yakınmalarının başlamasıyla opioid kullanımına başlamış. Buna metamfetamin, extasy, kannabis ve alkol kullanımı eklenmiş.

Hasta kapalı kadın servisine afektif bozukluk ve madde kullanımına bağlı yoksunluk bulguları ön tanılarıyla yatırıldı.

Hastanın öyküsü derinleştirildiğinde sonbahar dönemlerine denk gelen mevsimlerde depresif yakınmalarının olduğu, bu sırada mutsuzluk, isteksizlik yakınmalarına iyi geldiği için opioid kullanımına başladığı, ek olarak metamfetamin, extasy, kannabis kullandığı öğrenildi. Maddeyi depresif yakınmalarına iyi geldiği için kullandığını, hareketli dönemlerinde kullanmayı biraz azalttığı veya bırakma girişimlerinin o dönemlerde olduğu öğrenildi.

Valproik asit 500mg cr 1x1/2, risperidon 1mg 2x0.5, buprenorfin+nalokson 2 mg 1x1 tedavisi düzenlendi.

Olgu 2: 40 yaşında, 2 kez evlenmiş ve boşanmış, bir çocuk sahibi, rehberlik yapıyor, 16 yıldır yalnız yaşıyor.

11 yaşında alkol 12 yaşında kannabis, 15 yaşında opioid, 16 yaşında intravenöz yolla opioid kullanmaya başlamış, günde 5-6 kez kullanıyormuş. Son birkaç yıldır klonazepam günde 10 adet, acil başvuru ile diazepam günde 3 ampul, biperiden günde 2 ampul yapıtıyormuş.

Özellikle bahar aylarında olan uykusuzluk, hareketlilik, çok konuşma ve çok para harcama nedeniyle madde kullanımına başladığı ve bu yakınmalarıyla başatmak için kullandığı öğrenildi. Bahar aylarında turizm rehberliği yaptığı sırada hareketlilik ve çok konuşmanın işine engel olduğu, bu dönemlerde madde alarak işini daha iyi yaptığını söylüyordu. Alınan öyküde sonbaharda depresif semptomlarının olduğu, o dönemlerde madde kullanımını biraz azalttığı, bahar aylarında aldığı maddelerin uykusunu biraz düzelttiği ve hareketliliğini azalttığını ifade ediyordu.

Valproik asit 500mg cr 2x1, risperidon 1mg 2x1.

Sonuç: İlk olgu depresif yakınmalarını yatıştırmak için madde kullandığını ifade etmektedir. Madde kullanımını depresif dönemlerde artması daha çok kendi kendini tedavi amacıyla kullandığını düşündürmektedir.

İkinci olgu manik semptomlarını yatıştırmak için madde kullanmaktadır. Uykusuzluk ve hareketlilik dönemlerinde benzodiazepin kullanımı self medikasyonu düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: opioid, bipolarite, self medikasyon

ARİPİRAZOL EKLEME TEDAVİSİ İLE KİLO KAYBI OLAN BİR ŞİZOFRENİ VAKASI

Nermin Gündüz¹, Fatma Eren¹, Zeynep Yıldız Akbey²

¹Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Erzurum

²Keşan Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Edirne

Giriş: Biz bu olgu sunumunda 15 yıldır şizofreni tanısı ve olanzapin 10 mg/gün tedavisi ile takip edilmekte olan ve bu süreçte 30 kg kilo alımı olan bir hastada aripiprazol eklenmesi sonrası kilo kaybı olan bir vakayı sunmayı amaçladık.

Olgu: 38 yaşında erkek hasta, ilk okul mezunu, hiç evlenmemiş, çalışmıyor ve ailesi ile birlikte yaşıyormuş. Aileye yönelik sinirlilik, şüphecilik, sürekli banyo yapma şikayetleri olması nedeni ile polikliniğimizde babası ile birlikte değerlendirilen hasta tedavisini düzenlenmesi amaç ile servisimize yatırıldı. Hastadan ve yakınından alınan anamnezde hastanın 1997 yılında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği başvurusunun olduğu, o dönem kirlenme obsesyonu, temizlik kompulsiyonu ve eşlik eden psikomotor retardasyon nedeni ile sertralin 100 mg/gün tedavisi başlandığı, 2001 yılında psikomotor exitasyon, kirlenme obsesyonu, koprolali, sosyal izolasyon ve kötülük görme sanrısı bulguları ile Kısa Psikotik bozukluk tanısı ile Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğine yatırılmış. Hastaya tedavi olarak haloperidol 10 mg /gün ve biperiden 2 mg/gün tedavisi başlanmış. Takiplerde EPS gelişmesi nedeni ile haloperidol kesilip olanzapin 5 mg tedavisi ile taburcu edilmiş. Hastanın 2001 yılı dışında hastane yatışı olmamış. Askerlik raporu penis kısıklığı, sakal bıyık çıkmaması, meni gelmemesi, testislerin skrotumda olmaması, İnguinal bölgede bilateral orşiopeksi operasyon skarı olduğu rapor edilmiş ve bu bulgularla hasta askerliğe elverişsiz bulunmuş. Hastanın psikiyatri takiplerinde olanzapin 10 mg/gün ile 15 yıllık takibi olduğu, bu süreçte yaklaşık 30 kg aldığı öğrenildi. Tedavi başlangıcında 75 kg ağırlığında olan hasta kliniğe yatırılması sırasında 105 kg olarak tartılmıştır. Hastanın servisimizde yatırıldığı dönemde klinik gözlemlerinde kirlenme obsesyonu, temizlik kompulsiyonu ve kötülük görme sanrısının olduğu gözlemlendi. Yatışı sırasında Endokrinoloji Konsültasyonu istenen hastada hipergonadotropik hipogonadotropik tanısı düşünülerek sustanon amp 3 hf bir tedavisi önerildi. Ek olarak Tıbbi Genetik Konsültasyonu istenen hastanın yapılan kromozom analizlerinde anormal bulguya saptanmadığı bildirildi. Hastanın olanzapine bağlı 30 kg alması ve eşlik eden obsesif belirtilerinin olması nedeni ile yatışı sırasında olanzapin 10 mg/günden 7.5 mg/güne düşürüldü; aripiprazol 10 mg/gün tedavisi eklendi. Hastanın takiplerinde aripiprazol eklenmesi sonrasında bir aylık takipte 10 kg kaybı olduğu, obsesif belirti ve bulgularında belirgin gerileme olduğu gözlemlenmiştir.

Tartışma: Antipsikotik ilaç kullanımına bağlı kilo alımı tedavi sürecinde hastalar açısından önemli bir sorundur. Kilo alımı özellikle ikinci kuşak antipsikotiklerin kullanımında sıkça karşımıza çıkan bir yan etkidir (1). Sunduğumuz vakada aripiprazol kullanımı sonrası kilo kaybı gelişmiştir. Bu açıdan paylaşmaya değer bulduk.

Kaynaklar

1. Yüksel N, Sayın A, Antipsikotiklere Bağlı Metabolik Yan Etkiler, Klinik Psikiyatri 2006;9(Ek 1):5-16

Anahtar Kelimeler: aripiprazol, kilo değişimi

BEDENİNİ ÖLÜM SONRASI KADAVRA OLARAK BAĞIŞLAMAK AMACI İLE PSİKİYATRİ VE ADLİ TIP BAŞVURUSU OLAN BİR OLGUDA İZLENEN YOL

Nermin Gündüz¹, Ömer Turan², Hatice Turan¹

¹Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Erzurum

²Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Adli Tıp Kliniği, İstanbul

Giriş: Tıp eğitimi anatomi alanında eğitim ve araştırma amacıyla ölü insan bedeninden yararlanılmaktadır (1). Kanunlarımız çerçevesinde kişi kendini ölümünden sonra eğitim ve bilimsel amaçlı bağışlayabilmektedir (2).

Bu vaka sunumunda ölümünden sonra bedeninin tıp eğitiminde kadavra olarak kullanılması amacı ile sağlık kuruluna dilekçe ile başvuran bir hastada izlenen yolun anlatılması hedeflenmiştir.

Olgu: 64 yaşında, evli, 3 çocuklu, emekli memur, üniversite mezunu erkek hasta Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi sağlık kuruluna ölümünden sonra bedeninin kadavra olarak bağışlanmasına ilişkin bir dilekçe ile başvurdu. Sağlık Kurulu aracılığı ile adli tıp kliniğine yönlendirilen hasta gerekli ruhsal muayenesinin yapılması, akıl zayıflığı ya da hastalığı olup olmadığının belirlenmesi amacı ile tarafımıza danışıldı. Kişi ile yapılan görüşmede daha önce psikiyatrik tedavi öyküsü olmadığı, halen ruhsal bir şikayetin olmadığı, ailesinde ruhsal bir hastalık ya da bozukluğun olmadığı, ek tıbbi hastalığının bulunmadığı, birkaç yıl önce tüm organlarını bağışladığı öğrenildi. Kadavra bağışı ile ilgili araştırma yaptığı, tıp eğitimine katkıda bulunmak istediğini, bedeninin toprakta çürümmesini istemediğini dile getirdi. Hastanın yapılan ruhsal durum muayenesinde psikotik belirti ya da bulgu, anlık, yakın ya da uzak bellek kusuru saptanmadı. Zekası klinik olarak normal olarak yorumlanan kişiden MMPI, Rorschach testi, Nörokognitif Testler istendi. Kişinin yapılan MMPI testi ve Rorschach testinde psikopatik sapmaya rastlanmadı. Yapılan nörokognitif değerlendirmeler olağan olarak yorumlandı. Kişinin anamnez, ruhsal durum muayenesi ve psikometrik testlerle değerlendirilmesi sonrası aile görüşmesi planlandı. Kişinin eşi ve çocukları ile yapılan görüşmeler sonrasında kişide tedavi gerektirecek düzeyde major psikopatoloji olmadığı düşünüldüğü için adli tıp ve psikiyatrinin ortak olarak bulunduğu konseyde değerlendirildi. Bedenini kadavra olarak bağışlamasına engel akıl zayıflığı ya da hastalığı bulunmadığına dair rapor düzenlendi.

Tartışma: Teşhis, tedavi ve bilimsel amaçlarla organ ve doku alınması, saklanması, aşılması ve naklini düzenleyen: Organ doku alınması, saklanması ve nakli hakkında 20.5.1979 tarih ve 2238 sayılı Kanunda belirtilmiştir. Olgumuz ölümü sonrası bedeninin bilimsel amaçlarla tıp eğitiminde kadavra olarak kullanılması için başvurmuştur. Olgunun bağış öncesi süreçte bütüncül olarak ele alınması AdliTıp ve Psikiyatrik değerlendirmeler ışığında yapılmıştır.

Kaynaklar

- Ögenler O, Kara A, Kadioğlu S, Bir grup anatomi öğretim elemanının kadavra ve eğitimde kadavra kullanma hakkındaki görüşleri, Türkiye Biyoetik Dergisi, 2014 Vol. 1, No. 1, 57-68
- Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı, Kadavra Bağış Broşürü (28.01.2016 tarihinde ulaşılmıştır.)

Anahtar Kelimeler: kadavra bağışı, adli psikiyatri

MARUZ BIRAKMA TEDAVİSİNDE FARMAKOLOJİK AJANLAR VE SANAL GERÇEKLİK YAKLAŞIMLARI

Hasan Turan Karatepe¹

¹*Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Abd., İstanbul*

Bilişsel-davranışçı terapi (BDT) ile kombine edilen farmakolojik ajanların öğrenme süreçlerini güçlendirmeye düşük bir etki gösterdiğini bildiren çalışmalar giderek yaygınlaşmaktadır. Bu ajanlar içinde en sık kullanılan D-Sikloserin, etkisini korkunun söndürülmesinde (extinction) aktif rol oynayan bazolateral amigdala'daki N-metil-D-aspartat (NMDA) reseptör aktivitesi üzerinden gösteren bir moleküldür. Yapılan çalışmalarda BDT + plesebo ile karşılaştırıldığında BDT ve D-Sikloserin kombinasyonu her ne kadar üstün gibi görülsede molekülün uygulama zamanı ve dozu hakkında standart bir uygulama belirlenememiştir[1]. Korku tepkisinin söndürülmesinde önemli merkezlerden biri olan medial prefrontal korteksi (mPFC) aktive etmeye yönelik kullanılan moleküllerden olan Metilen Mavisi, sitokrom oksidaz aktivitesini etkileyerek beyin oksidatif enerji metabolizmasını arttırmakta ve böylelikle mPFC aktivasyonu ile söndürme belleğinin konsolidasyonu sağlanmaktadır.[2] Literatürde dopamin, yohimbin, norepinefrin, endokannabinoidler beyin-türevli nörotrofik faktörün (BDNF) ve kortizolün maruziyet tedavisinde öğrenmeyi güçlendirici endomoleküller olarak etkili olabilecekleri bildirilmiştir[3][4].

Son yıllarda terapi etkinliğini arttırmaya yönelik girişimler sonucu farmakolojik ajanlar kadar bilgi teknolojilerini de tedavi protokollerine kendilerine yer bulmaya başlamıştır. Sanal gerçeklik (SG) teknolojisi maruziyete klinisyen eşliğinde başlanması gereken durumlarda önemli imkanlar sunmaktadır. Bunun yanında danışanın yoğun korku tepkisi verdiği durumlarda tedaviye başlamayı kolaylaştıracak bir enstrüman olarak göze çarpmaktadır. 14 klinik çalışmanın derlendiği bir meta-analiz çalışmasında SG'in özgül fobilerde davranış değişikliğini güçlendirdiği ifade edilmiştir[5].

Anahtar Kelimeler: maruziyeti güçlendirme, sanal gerçeklik

Kaynaklar

1. Hofmann, S. G., Wu, J. Q., & Boettcher, H. (2013). D-Cycloserine as an augmentation strategy for cognitive behavioral therapy of anxiety disorders. *Biol Mood Anxiety Disord*, 3(11), 1-10.
2. Gonzalez-Lima, F., & Bruchey, A. K. (2004). Extinction memory improvement by the metabolic enhancer methylene blue. *Learning & Memory*, 11, 633-640
3. Hofmann, S. G., Gutner, C. A., & Asnaani, A. (2012). *Cognitive Enhancers in Exposure Therapy for Anxiety and Related Disorders. In Exposure Therapy* (pp. 89-110). Springer New York.
4. Kobayashi, K., Shimizu, E., Hashimoto, K., Mitsumori, M., Koike, K., Okamura, N., et al. (2005). Serum brain-derived neurotrophic factor (BDNF) levels in patients with panic disorder: As a biological predictor of response to group cognitive behavioral therapy. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 29, 658-663
5. Morina, N., Jntema, H., Meyerbröker, K., & Emmelkamp, P. M. (2015). Can virtual reality exposure therapy gains be generalized to real-life? A meta-analysis of studies applying behavioral assessments. *Behaviour research and therapy*, 74, 18-24.

MARUZİYET TEDAVİSİNDE YENİ PARADİGMA: İNHİBİTÖR ÖĞRENME

Sevinç Ulusoy¹

¹*Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri, Elazığ*

Bilişsel-davranışçı terapinin temel unsurlarından biri olan maruziyet terapisinin kaygı bozukluklarında etkin bir tedavi stratejisi olduğu çeşitli araştırmalarla gösterilmiştir. Fakat danışanların önemli bir kısmı maruziyet terapisinden fayda görmemekte ya da terapi sonrası kaygı-korku düzeylerinde yeniden artış gözlenmektedir(Craske ve Mystkowski 2006). Bu durumun ‘sönme öğrenimi’nde bulunan bir takım eksikliklerden, daha özel bir tanımlama ile, yüksek sürekli anksiyete ya da anksiyete bozukluğuna sahip bireylerde sönme sırasındaki inhibitör öğrenme ve inhibitör nöral düzenleme eksikliklerinden kaynaklanabileceği öne sürülmüştür. İnhibitör öğrenme, sönme için esas teşkil etmektedir ve ikincil inhibitör bağlantılara erişimin sönme egzersizi sırasındaki korkudan ziyade bağlam ve zaman gibi etkilere bağlı olduğu düşünülmektedir.

Palovian modele göre, nötral bir uyarıcı(CS) kendisini takip eden aversif uyarıcı(US) ile belirli sayıda çleşmenin ardından korkuyla ilişkili reaksiyonların(ya da koşullu yanıt-CR) ortaya çıkması için öncül haline gelir. CS ile US arasında bir bağlantı oluşur, CS indirect olarak US ile ilgili belleği aktive eder ve korku ortaya çıkar. ‘Korku koşullanması’ olarak adlandırılan bu model bir çok anksiyete bozukluğunun ortaya çıkmasını açıklamaktadır. Koşullanmış korkuyu azaltmanın en iyi yöntemlerinden biri ‘sönme’dir. Aversif sonuçlar ortaya çıkmadan korkulu uyarana tekrarlayan maruziyeti esas alan maruziyet terapisi bunun klinik örneğidir.

İnhibitör öğrenme korkunun sönmesinde merkezi role sahiptir. İnhibitör öğrenme modeline göre korku koşullanması sırasında öğrenilen CS-US bağlantısı, sönme sırasında silinmez; aksine sekonder inhibitör öğrenme ile CS-no US bağlantısına yönelik öğrenme gerçekleşir. Korku inhibisyonun temelini bu sekonder öğrenme oluşturur. Sönme işleminin sonunda, CS aynı anda yarışma halindeki iki proses ile ilişkilendirilir(eksitator (korku edinimi) ve inhibitör(korku sönmesi). US’nin yokluğunda CS yeterli uygulaması ile korku yatışsa bile; orijinal bağlantının kısmi retansiyonu nedeniyle çeşitli prosedürle orijinal eksitator bağlantılarının(association) etkileri ortaya çıkarılabilir. Bu prosedürler ‘spontan düzelme(spontaneous recovery)’, ‘bağlamsal yenilenme(contextual renewal)’, ‘yenileme(reinstatement)’ ve ‘hızlı geri edinim(rapid reacquisition)’ i içermektedir(Craske ve ark. 2014).

Anksiyete bozukluğu olan bireylerde inhibitör öğrenme gibi maruziyet terapisinin altta yatan önemli bir mekanizmasında eksiklik olabileceği düşünüldüğünde, bu sürece odaklanmak maruziyet terapinin etkinliğini arttıracaktır.

Kaynaklar

1. Craske MG, Mystkowski J (2006) Exposure therapy and extinction: clinical studies. Fear and Learning: Basic Science to Clinical Application. Editörler: Craske M, Hermans D, Vansteenwegen D. APA Books, Washington DC
2. Craske MG, Treanor M, Conway CC ve ark. (2014) Maximizing exposure therapy: an inhibitory learning approach. Behaviour research and therapy 58: 0-23

Anahtar Kelimeler: inhibitör öğrenme, maruz bırakma terapisi, anksiyete bozukluğu

YAZAR DİZİNİ

A

Aggöl, Maruf 217
Akbeý, Zeynep Yıldız
209, 210, 211,
237
Akçam, Nur Özge 188
Akdeniz, Fatma 175
Akgönül, Mehmet 215,
227, 228
Akpınar, Abdullah 58,
190, 219, 227,
228, 232
Aksoy, Umut Mert 92
Albayrak, Yakup 57, 226,
229, 230, 233
Alçı, Deniz 175
Aloğlu, Dilara 160, 167
Alpkan, Latif Ruşat 85
Alptekin, Köksal 123
Altınbaş, Kürşat 115
Altındağ, Ece 226, 229,
233
Altun, Hatice 157, 162,
166
Aslan, İbrahim Halil 227,
232
Aşçıbaşı, Kadir 175, 200,
201
Aşık, Ecenur Aydın 175
Atay, İnci Meltem 215,
219, 231
Aydemir, Çiğdem 144
Aydemir, Ömer 175
Aydın, Hamdullah 86
Aydın, Naciye Kılıç 180
Aydın, Orkun 175
Aytaç, Hasan Mervan
203
Ayyıldız, Ali 163

B

Bahayı, Kader Bahayı
165
Balıkcı, Kuzeymen 175
Bal, Nilay Gül 224
Başal, Fatma Kaplan 219
Benli, Erdal 163
Beştepe, Emrem 54
Beyazüz, Murat 226,
229, 230, 233
Bilgi, Bülent 202
Bolat, Recep 184

Bulut, Hüseyin 160
Bulut, Serdar 161
Bulut, Süheyla Doğan
161

C

Camkurt, Akif 156
Camkurt, Mehmet Akif
157
Can, Fatma Yeşim 194
Coşar, Behçet 172
Coşkun, Ali 222
Coşkun, Nihan 172

Ç

Çarsancaklı, Süleyman
Akif 190
Çayköylü, Ali 95
Çeçen, Hülya 202, 225
Çelik, Fatma Gül Helvacı
176
Çevik, Abdülkadir 117
Çınar, Rugül Köse 170
Çırakoğlu, Abdullah 163
Çıtak, Serhat 67
Çökmüş, Fikret Poyraz
175, 200, 201
Çöldür, Emine Özge 175

D

Dağ, Berat 207
Darçın, Aslı Enez 107,
167
Demet, Murat 61
Demirci, Kadir 190, 219,
232
Demirci, Onur Okan 199,
202
Demirdaş, Arif 219, 227
Demir, Esra Yancar 163
Demir, Volkan 179, 213,
214
Dikici, Didem Sücüllüoğlu
175
Dilbaz, Nesrin 3, 7, 167,
185
Doğan, Orhan 18
Dönmez, Aslıhan 69
Duman, Berker 146

E

Ekinci, Aslı 158
Ekinci, Okan 158
Emiroğlu, Neslihan İnal 89
Eradamlar, Nezih 9
Erayman, Ayşegül 221
Ercan, Alaattin Cenk 205
Ercan, Selma 147, 182, 192
Erdem, Murat 222
Eren, Fatma 185, 209,
210, 211, 212,
237
Eren, İbrahim 29
Erkek, Burcu 158
Erol, Atilla 110
Ersen, Huriye 216
Eryılmaz, Gül 160
Erzincan, Erkal 185
Eşel, Ertuğrul 114
Evren, Cüneyt 194
Evrensel, Alper 143

F

Fındıklı, Ebru 156, 157
Fındıklı, Hüseyin Avni 157

G

Geniş, Bahadır 172
Göğüş, Feride 172
Gök, Erol 94
Görgülü, Yasemin 170
Güldeste, İkbāl Vildan
221
Güleç, Gülcan 128
Güleç, Medine Yazıcı 145
Gündoğar, Duru 219
Gündüz, Nermin 185,
209, 210, 211,
212, 237, 238
Gürcan, Mehmet Buğra-
han 230
Güriz, Olga 161
Güz, Gürlar 183, 184
Güz, Hatice 150, 183, 184

H

Herdem, Ahmet 175
Hocaoğlu, Çiçek 96, 176,
203, 204, 206,
220
Hocaoğlu, Çiçek 205

İ

İnanç, Leman 235
İzci, Filiz 156, 157

K

Kaçar, Ömer Faruk 183,
184
Kahiloğulları, Akfer
Karaoğlu 142,
182, 221
Karaaslan, Mehmet Fatih
157
Karabulut, Vahap 194
Karadağ, Hasan 141
Karadağ, Hekim 173
Karadere, Mehmet
Emrah 70
Karatepe, Hasan Turan
78, 239
Kardaş, Selçuk 157
Karşıkaya, Süreyya 158
Kaya, Kübra Nur 203
Kayalar, Aycan 172
Keleş, Süleyman 219
Kesebir, Sermin 49
Kılıç, Evnur Kahyacı 170
Kılınçel, Oğuzhan 223
Kılınçel, Şenay 223
Kırlı, Selçuk 124
Kırpınar, İsmet 12
Kocabaşoğlu, Neşe 60
Konkan, Ramazan 151
Köle, İsmail Hasan 180
Koroğlu, Ertuğrul 175
Kulu, Müberra 235
Kulu, Uğur 235
Kumbasar, Hakan 146
Kurutaş, Ergül Belge
157, 162, 166
Kuzdere, Kevser 232
Küçük, İlnur 149

M

Maner, Ayşe Fulya 106
Maner, Fulya 216
Melek, İsmet 132
Mengi, Gönen 172
Mızrak, Neslihan 183

N

Noyan, Onur Cemal 167
Nurmedov, Serdar 167

O

Orhan, Fatma Özlem
177, 207, 224
Orhan, Hikmet 190
Orhan, Merve 231

Ö

Öncü, Bedriye 91
Örnek, Başak 221
Örsel, Sibel 112, 182,
192
Özalp, Elvan 113
Özçelik, Ayşe 228
Özdel, Kadir 103, 221
Özdemir, İlker 221
Özdemir, Osman 225
Özdemir, Pınar Güzel
225
Özden, Nejan 182
Özdin, Selçuk 183, 184
Özdin, Şükriye Bayrak
184
Özmen, Erol 200, 201
Öztekin, Sıgnem 175
Özten, Eylem 81, 160,
165
Özyılmaz, Aysun Seli-
moğlu 220

P

Pırıldar, Şebnem 65, 188
Polat, Selim 220
Puşuroğlu, Meltem 205,
206

S

Sağaltıcı, Eser 199, 202
Saka, Meram Can 122
Salçini, Celal 84
Salihoğlu, Gözde 204
Sarandöl, Aslı 180
Sarıkavak, Talat 175
Sayar, Gökben Hızlı 108,
160
Sayar, M. Kemal 66
Say, Gökçe Nur 193
Selvi, Yavuz 225
Semiz, Murat 222
Sevinç, Buket 172
Sınır, Hayati 162
Solmaz, Mustafa 140
Sönmez, Mehmet Bülent
170

Ş

Şafak, Yasir 72, 73, 74, 192
Şahin, Hamza 177
Şahin, Merve 156
Şahin, Nilfer 162, 166
Şalçini, Celal 83
Şengül, Cem 10
Şişman, Pınar 180

T

Tabo, Abdulkadir 171
Tan, Oğuz 80
Tanrıdağ, Oğuz 84
Tanrıtanır, Bilal 190, 228
Tarhan, Nevzat 55
Taşar, Pınar Tosun 212
Taşkın, Emin Oryal 200,
201
Taşkıran, Esra 215
Taşyürek, Zeynep 148
Tekin, Atilla 173
Timur, Özge 212
Tufan, Ali Evren 160
Tuğlu, Cengiz 88
Tuncel, Deniz 156
Turan, Hatice 185, 209,
210, 211, 238
Turan, Ömer 238
Turan, Tayfun 125
Tutan, Aslı 218
Tümkeya, Selim 51
Türkçapar, M. Hakan 99

U

Ulusoy, Sevinç 76, 240
Usta, Miraç Barış 193
Uyan, Tuğçe Taşkın 206
Uygur, Selma Çilem 221
Uzun, Uğraş Erman 87

Ü

Ürer, Emre 193

V

Vatan, Sevginar 155
Vural, Pınar 223

Y

Yağcıoğlu, Elif Anıl 52
Yaman, Ayşe Rümeysa
231
Yaman, Özden 233
Yardımcı, Samet 165
Yavuz, Fatih 75
Yayla, Sinan 173
Yazıcı, M. Kemal 121
Yelken, Berkant 208
Yıldırım, Abdullah 199
Yıldırım, Burcu 214
Yıldırım, Ejder Akgün
126
Yıldız, Mustafa 104
Yılmaz, Onat 167
Yılmaz, Sercan 183
Yiğitbaşı, Nühket 177
Yüzeren, Serra 175