

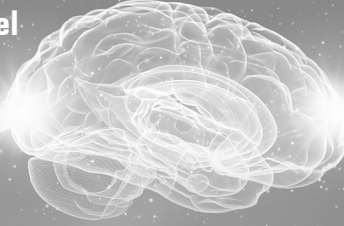


2. PSİKİYATRİ ZİRVESİ

9. ULUSAL ANKSİYETE KONGRESİ

8-12 Mart 2017

**Cornelia Diamond Hotel
Belek, Antalya**



**Bugünün İhtiyaçları Yarının Tedavileri:
Geleceğe Bakış**



www.psikiyatrizirvesi2017.org



BİLİMSEL SEKRETERYA

Psikiyatri Bilimleri ve Araştırmaları Derneği

Dr. Tevfik Sağlam Cad. No:13/2 Beşiktaş, 34147 İstanbul

URL: www.pibad.org

E-mail: bilimsel@psikiyatrizarvesi2017.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@psikiyatrizarvesi2017.org

İçindekiler

Önsöz	V
Kurullar	VI
Bilimsel Program	VII
Konuşma Metinleri	1
Sözel Bildiriler	85
Poster Bildirileri	129
Yazar Dizini	185

ÖNSÖZ

Değerli Meslektaşlarımız,

Bu yıl 2. Psikiyatri Zirvesi ve 9. Ulusal Anksiyete kongresi 08-12 Mart 2017 tarihinde Belek, Antalya'da düzenlenecektir. Bugünün ihtiyaçları yarının tedavileri teması ile psikiyatri gündeminde geleceğe bakışın farklı boyutları ile ele alınması hedeflenen bu kongrede klinik ve psikiyatrik uygulamalardaki güncel ve dinamik oturumların olacağı bir program yer alacaktır.

Kongre programı hem tedavinin bireyselleştirilmesi hem de sağlıklı tedavi seçeneklerini bulabilmek için gerekli oturumlar ve çalışma gruplarını içerecek şekilde düzenlenmiştir. Özellikle giderek gelişen teknoloji çağında olmamız psikiyatri gündemini de yakından ilgilendirmektedir. Psikiyatrik hastalıkların tanı ve tedavi basamaklarında yeni gelişmeler ve klinik uygulamadaki yerleri tartışılacak ve güncel bilgilerin ülkemizde klinik uygulamalara uygun şekilde yapılabilecekleri tanı ve tedavi modelleri oluşturmayı hedeflenmiştir. 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 ulaştırmadaki engelleri tanımak ve çözüm yollarını üretmek ana eğitim amaçlarından bir tanesidir

Toplantının katılımcıları toplantılar yolu ile psikiyatri ve nörobilimde yeni çalışmaları gözden geçirebilecekler ve bilgilerindeki boşlukları doldurabileceklerdir.

Çalışma gruplarında nörobiyolojik temelli konular, yönetsel işlevler, nöromodülasyon tedavileri gibi daha önce ele alınmamış konular ele alınacak psikofarmakoloji ve psikoterapi seçenekleri ile çalışma grupları da toplantıda doyurucu şekilde yer alacaktır.

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

KONGRE DÜZENLEME KURULU

Kongre Başkanları:

Prof. Dr. Nesrin DİLBAZ

Prof. Dr. Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU

Kongre Genel Sekreterleri:

Doç. Dr. Gül ERYILMAZ

Yrd. Doç. Dr. Cemal Onur NOYAN

Uzm. Dr. Aslı ENEZ DARÇIN

BİLİMSEL PROGRAM

8 MART 2017, ÇARŞAMBA

SAAT	SALON A		SALON B	SAAT	SALON 1
11:00 – 11:20	AÇILIŞ KONUŞMASI <i>Konuşmacılar: Nesrin DİLBAZ, Ögüz KARAMUSTAFALIOĞLU</i>	11:15 – 12:00	KONFERANS AKILCI İLAÇ KULLANIMI <i>Konuşmacı: İşıl GÖĞCEGÖZ GÜL</i>	13:30 – 18:30	KRONİK RUHSAL HASTALIKLARIN TANI VE TEDAVİSİNDE BÜTÜNSEL YAKLAŞIM
11:20 – 19:30	AKADEMİKA KURSU Temel İyi Klinik Uygulamalar Eğitimi		KADIN VE TRAVMA KURSU <i>Konuşmacı: Kathleen O'Hara</i>		
11:20 – 11:30	Klinik araştırma hakkında ne biliyoruz? Ön-test - Değerlendirme <i>N. Çetinkaya</i>		23 yıllık travma, cinayet, savaş, intihar, терроризм, kaza veya beklenmeyen ölüm gibi durumlara bağlı travma, bağımlılık, yaşam tarzı ve iyi olma konusunda deneyimli Uluslararası psikoterapist ve yazar	13:30 – 15:00	– Şizofreni de relaps, tedavi uyumu, erken dönem şizofreni tedavisinde hedefler <i>Alp UÇOK</i> – Şizofreni tedavisinde tedavi klavuzları ve uzun etkili antipsikotikler <i>Atilla EROL</i>
11:30 – 12:00	Klinik Araştırmalar: Tarihçe, Etik ve Temel Kavramlar - Teorik <i>İ. H. Ayhan</i>				
12:00 – 12:30	Helsinki Bildirgesi ve İyi Klinik Uygulamalar - Teorik <i>E. Kansu</i>			15:00 – 15:30	Kahve Arası
12:30 – 13:30	Öğle Yemeği				
13:30 – 14:15	Klinik Araştırmalarda Metodoloji, Tasarım ve Yöntemler - Teorik + Çalıştay <i>H. Akan</i>			15:30 – 17:00	– Uzun etkili antipsikotiklerin, oral tedaviler ile karşılaştırmalı etkinlikleri, yan etkileri <i>Nesrin DİLBAZ</i> – Uzun etkili antipsikotiklerin, diğer depo antipsikotikler ile karşılaştırmalı etkinlikleri, yan etkileri <i>Ögüz KARAMUSTAFALIOĞLU</i>
14:15 – 14:45	Gözlemsel Çalışmalar - Teorik <i>M. Akova</i>	13:00 – 18:00		17:00 – 17:30	Kahve Arası
14:45 – 15:00	Tartışma - Teorik <i>Tüm üyeler</i>				
15:00 – 15:30	Kahve Molası				
15:30 – 16:00	Klinik araştırmada Taraflar: Etik Kurullar - Teorik <i>İ.H. Ayhan</i>			17:30 – 18:30	– Şizofreni de tedavi uyumu artırmada psikoterapötik yaklaşımlar: Motivasyonel LEAP (Dinle, Empati kur, Anlaş, İşbirliği yap) Pratik uygulamalar <i>Köksal ALPTEKİN</i>
16:00 – 16:30	Klinik araştırmada Taraflar: Araştırıcı - Teorik <i>M. Akova</i>				
16:30 – 17:00	Klinik araştırmada Taraflar: Destekleyici ve Kayıt Zorunluluğu - Teorik <i>N. Çetinkaya</i>				
17:00 – 17:30	Kahve Molası				
17:30 – 18:15	Bilgilendirilmiş Onay Teorik+ Çalıştay <i>E. Kansu/ M. Akova</i>				
18:15 – 18:45	Farmakovijilans ve Advers Olay Raporlama - Teorik <i>H. Akan</i>				
18:45 – 19:15	Klinik Araştırmada neler öğrendik? Son-test AkademiKA Değerlendirmesi Değerlendirme <i>N. Çetinkaya</i>				
19:15 – 19:30	Geri bildirim anketi + Genel değerlendirme + Katılım/ Başarı Belgesi dağıtımı				
19:30	Program sonu				

BİLİMSEL PROGRAM

9 MART 2017, PERŞEMBE

SAAT	SALON A	SALON B	SALON C
08:30 – 10:00	PANEL 1 KISSADAN HİSSE: BİPOLAR BOZUKLUK <i>Oturum Başkanları: Oğuz KARAMUSTAFAOĞLU, Çınar YENİLMEZ</i> Bipolar depresyon ayırıcı tanısı <i>Evrin ERTEN</i> Tedavi kılavuzları ve araştırmalar ışığında bipolar Bozukluk akut tedavisinde son gelişmeler <i>Çınar YENİLMEZ</i> Bipolar bozukluk tedavisinde dikenli yollar: Antidepresan kullanımı istisna mı? <i>Oğuz KARAMUSTAFAOĞLU</i> Bipolar bozukluk idame tedavisi: duygudurum düzenleyiciler mi atipik antipsikotikler mi? <i>Cengiz AKKAYA</i>	PANEL 2 İMPULSİVİTE VE KOMPULSİVİTEYE ÇOK BOYUTLU YAKLAŞIM <i>Oturum Başkanları: Baybars VEZNEDAROĞLU, Aşlıhan DÖNMEZ</i> Affektif spektrumda impulsivite ve kompulsivite <i>Sermin KESEBİR</i> Şizoobsesif bozuklukta impulsivite ve kompulsivite <i>Baybars VEZNEDAROĞLU</i> Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunda impulsivite ve kompulsivite <i>Aşlıhan DÖNMEZ</i> Kafasına takanlar, kendini tutamayanlar: Obsesif kompulsif spektrumda impulsivite ve kompulsivite <i>Murat DEMET</i>	PANEL 3 ZİHİN KURAMI <i>Oturum Başkanları: Köksal ALPTEKİN, Emrem BEŞTEPE</i> Zihin kuramı nedir ? Zihin Kuramı nasıl ölçülür ? <i>Oğuzhan KILINÇEL</i> Duygudurum bozukluklarında zihin kuramının psikopatolojiye etkisi? <i>Özlem MİRALOĞLU</i> Psikotik bozukluklarda zihin kuramının psikopatolojiye etkisi? <i>Rukiye AY</i>
10:00 – 10:45	UZMANLA BULUŞMA ANTİDEPRESAN SEÇİMİNDE KANITA DAYALI KRİTERLER/EVIDENCE BASED CRITERIA FOR THE ANTIDEPRESSANT CHOICE <i>Konuşmacı: Alessandro SERRETTI</i>		
10:45 – 11:00	Kahve Arası		
11:00 – 12:00	UYDU SEMPOZYUM MADDE BAĞIMLILARINDA HIV VE HEPATİT RİSKİ <i>Konuşmacılar: Nesrin DİLBAZ, Hüsnü PULLUKÇU, Rabia BİLİCİ</i>		
12:00 – 13:30	Öğle Yemeği		
13:30 – 15:00	PANEL 4 KISSADAN HİSSE : ŞİZOFRENI <i>Oturum Başkanları: Alp ÜÇÖK, Ali Saffet GÖNÜL</i> Birincil ve inatçı negatif belirtiler <i>Alp ÜÇÖK</i> Şizofrenide tedavinin beyin yapısı üzerine etkisi <i>Ali Saffet GÖNÜL</i> Psikozda erken müdahale gerekli mi? <i>Nesrin DİLBAZ</i> Şizofreni tedavisinde yan etkilerle başa çıkma <i>Kazım YAZICI</i>	PANEL 5 DSM 5 'İN GETİRDİKLERİ VE GÖTÜRDÜKLERİ <i>Oturum Başkanları: Fulya MANER, Rabia BİLİCİ</i> Bağımlılıkta DSM 5 ne getirdi, ne götürdü, ne eksik ? <i>Rabia BİLİCİ</i> Şizofrenide DSM 5 ne getirdi, ne götürdü, ne eksik ? <i>Emrem BEŞTEPE</i> Yeme Bozukluğunda DSM 5 ne getirdi, ne götürdü, ne eksik ? <i>Fulya MANER</i> Cinsel işlev bozukluklarında DSM 5 ne getirdi, ne götürdü, ne eksik ? <i>Cem İNCESU</i>	UNPLUGGED 1 MUAYENE ODASINDAN KONGREYE VAKA SUNUMLARI: BİPOLAR BOZUKLUKTA İŞLEVSELLİK DEĞERLENDİRMESİ <i>Oturum Başkanı: Medine YAZICI GÜLEÇ</i> <i>Konuşmacılar: Neslihan AKKİŞİ KUMSAK, Özlem KIZILKURT, Fikret Ferzan GİYNAŞ</i>
15:00 – 15:15	Kahve Arası		

BİLİMSEL PROGRAM

9 MART 2017, PERŞEMBE

SAAT	SALON A	SALON B	SALON C
15:15 – 16:15	UYDU SEMPOZYUM GÜNÜMÜZDE DEPRESYON TEDAVİSİNİN DEĞİŞEN HEDEFLERİ: TAM İYİLEŞME İşlevsellikte düzelme ve tam iyileşme <i>Nesrin DİLBAZ</i> Klinik pratikte işlevsellikte iyileşme <i>Oğuz KARAMUSTAFLIOĞLU</i>		
16:15 – 16:30	Kahve Arası		
16:30 – 18:30	PANEL 6 PSİKİYATRİK HASTALIKLARIN BİYOLOJİK BELİRTEÇLERİ <i>Ötüm Başkanları: Nesrin DİLBAZ, Ertuğrul EŞEL</i> Oksidatif stres nedir ? <i>Özcan EREL</i> Oksidatif stres bireysel ve toplumsal ölçümleme <i>Özcan EREL</i> Oksidatif stres ve psikiyatrik hastalıklar <i>Yakup ALBAYRAK</i> Nöroinflamasyon nedir ? Temel mekanizmaları ve ölçümleme <i>Tevfik KALELIOĞLU</i> Depresyon ve biyolojik belirteçler: Sitokinlerin rolü <i>Ertuğrul EŞEL</i>	PANEL 7 OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK VE GÜNCEL TEDAVİLER <i>Ötüm Başkanları: Hüsnü ERKMEN, Hatice GÜZ</i> İstifleme Bozukluğu <i>Çağatay KARŞIDAĞ</i> OKB tedavisinde güncel psikofarmakolojik yaklaşımlar <i>Erhan ERTEKİN</i> OKB tedavisinde psikofarmakoloji dışı tedavilerin yeri <i>Kadir ÖZDEL</i> OKB 'de eşanılar mevcut tedavi pratiğinde ne değiştirir? <i>Abdülkadir TABO</i>	PANEL 8 AZ KONUSULAN KONULAR <i>Ötüm Başkanları: Ali ÇAYKÖYLÜ, Çiçek HOCAOĞLU</i> Pseudobulbar etki nedir ? Tedavi yaklaşımları nasıl olmalıdır ? <i>Ali ÇAYKÖYLÜ</i> ISBD suidit raporu <i>Çiçek HOCAOĞLU</i> Mikrobiyota ve psikiyatrik hastalıklar <i>Alper EVRENSEL</i> İşitsel algı kusurlarından yeni antipsikotiklere giden yol <i>Aslı ENEZ DARÇIN</i>
18:30 – 19:30	Akşam Yemeği		
19:30 – 20:30	KURS 1 EDİTÖR GÖZÜYLE KABUL EDİLECEK MAKALE YAZMANIN İNCELİKLERİ <i>Konuşmacı: Orhan DOĞAN</i>	KURS 2 DEMANSLI HASTAYA YAKLAŞIM <i>Konuşmacı: İşin BARAL KULAKSIZOĞLU</i>	KURS 3 ERKEK CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI <i>Konuşmacı: Cem İNCESU</i>
20:30 – 21:30	KONFERANS HAFİF BİLİŞSEL BOZUKLUKTAN ALZHEİMER'A GÜNCEL YAKLAŞIMLAR <i>Konuşmacı: İşin BARAL KULAKSIZOĞLU</i>		

BİLİMSEL PROGRAM

10 MART 2017, CUMA

SAAT	SALON A	SALON B	SALON C	SALON D
08:00 – 08:45	UZMANLA BULUŞMA NORMALDEN PATOLOJİYE ÖFKE VE ŞİDDETE YAKLAŞIM <i>Konuşmacı: Atıla EROL</i>	GÜNAYDIN PANELİ Buzdağının altında kalan anksiyete, Buzdağının altından anksiyeteye bakış <i>Oturum Başkanları:</i> <i>Hüsnü ERKMEN, C. Onur NOYAN</i> Örtük biliş ve psikopatolojideki rolü <i>Saadet Merih ÇENGEL</i> Anksiyete bozukluğunda örtük ve açık biliş <i>Onat YILMAZ</i> Anksiyete temelli örtük bilişleri ölçme ve değerlendirme <i>C. Onur NOYAN</i> Anksiyete bozukluğunda örtük biliş odaklı tedavide bilgisayar temelli yaklaşımlar <i>Gökçe CÖMERT</i>	SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU -1 <i>Oturum Başkanları: Gül ERYILMAZ,</i> <i>İşıl GÖĞCEGÖZ GÜL</i>	SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU -2 <i>Oturum Başkanları: Emrem BEŞTEPE,</i> <i>Aslı Enez DARÇIN</i>
	08:45 – 09:00 Kahve Arası			
09:00 – 10:30	PANEL 9 KISSADAN HİSSE: ŞİZOFRENİ <i>Oturum Başkanları: Oğuz</i> <i>KARAMUSTAFALIOĞLU, Kazım YAZICI</i> Şizofreni tedavisinde karşılanmamış ihtiyaçlar, TRSM faaliyetleri: Dağ fare mi doğurdu? <i>Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU</i> Şizofreni tedavisinde tedavi klavuzları ve güncel tedaviler <i>Ömer Faruk DEMİREL</i> Şizofreni tedavisinde psikofarmakoloji dışı tedavilerin yeri <i>C. Onur NOYAN</i> Şizofrenide eş tanımlı durumlar ve tedavisi <i>İbrahim EREN</i>	PANEL 10 YAŞAMBOYU BİPOLAR BOZUKLUK <i>Oturum Başkanları: İsmet KIRPINAR,</i> <i>Lut TAMAM</i> Çocukluk ve ergenlik çağında bipolar bozukluk tanı ve tedavisinde akılcı yaklaşımlar <i>Neslihan EMİROĞLU</i> Gebelik ve postpartum dönemde Bipolar Bozukluk ve yönetimi <i>Gül ERYILMAZ</i> Elmalar ve armutlar benzerdir ama aynı değildir: Bipolar Bozukluk ve Borderline Kişilik Bozukluğu <i>Mine ÖZMEN</i> Yaşlılıkta bipolar bozukluk tanı ve tedavisinde akılcı yaklaşımlar <i>İsmet KIRPINAR</i>	UNPLUGGED 2 MUAYENE ODASINDAN KONGREYE VAKA SUNUMLARI: PANİK BOZUKLUK <i>Konuşmacı: Erhan BAYRAKTAR</i>	
	10:30 – 11:00 Kahve Arası			
11:00 – 12:00	UYDU SEMPOZYUM MAJÖR DEPRESYON: NÖROBİYOLOJİK KURAM VE TEDAVİDE UYGULANIMI <i>Konuşmacı: Nesrin DİLBAZ</i>			
12:00 – 13:30	Öğle Yemeği			

BİLİMSEL PROGRAM

10 MART 2017, CUMA

SAAT	SALON A	SALON B	SALON C	SALON D
13:30 – 15:00	PANEL 11 UZUN ETKİLİ ANTİPSİKOTİKLER VE TEDAVİDE KULLANIMDA BİLMEMİZ GEREKENLER <i>Oturum Başkanları: Nesrin DİLBAZ, Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU</i> Antipsikotik tedaviler ve Şizofrenide tedavi uyumu <i>Meram Can SAKA</i> Uzun etkili antipsikotikler ve oral antipsikotiklerin karşılaştırmalı etkililikleri <i>Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU</i> Uzun etkili antipsikotiklerin yan etkileri <i>Köksal ALPTEKİN</i> Uzun etkili antipsikotiklerin klinik uygulamada rolü: Kontrollü çalışmalar ve gerçek yaşam <i>Nesrin DİLBAZ</i>			
15:00 – 15:15	Kahve Arası			
15:15 – 16:15	UYDU SEMPOZYUM TARK (TÜRKİYE ARIPIPAZOL KONSENSÜS RAPORU) <i>Konuşmacılar: Nesrin DİLBAZ, Baybars VEZNEARAOĞLU</i>			
16:15 – 16:30	Kahve Arası			
16:30 – 18:00	PANEL 12 KISSADAN HİSSE: MAJOR DEPRESYON <i>Oturum Başkanları: Nevzat TARHAN, Hüsnü ERKMEN</i> Depresyon tedavisinde tedavi kılavuzları ve yeni araştırmaların ışığında güncel tedaviler <i>Murat ERKİRAN</i> Depresyon tedavisinde psikofarmoloji dışı güncel etkin tedaviler <i>Nevzat TARHAN</i> Depresyon ve eşitlikli durumlarda tedavi yaklaşımları <i>Hüsnü ERKMEN</i> Depresyonda kronobiyoloji <i>Yavuz SELVİ</i>	PANEL 13 ANKSİYETE BOZUKLUKLARINDA USTALAŞMA <i>Oturum Başkanları: Can TUNCER, Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU</i> Yaygın Anksiyete Bozukluğu: ustaca tedavi <i>Serhat ÇITAK</i> Travma Sonrası Stres Bozukluğu: ustaca tedavi <i>Tamer AKER</i> Sosyal Kaygı Bozukluğu: ustaca tedavi <i>Hatice GÜZ</i> Kültür ve psikiyatri: ustadan dokunuşlar <i>Can TUNCER</i>	UNPLUGGED 3 MUAYENE ODASINDAN KONGREYE VAKA SUNUMLARI: ERİŞKİN DEHB-BAB AYIRICI TANISI <i>Oturum Başkanı: Lut TAMAM</i> <i>Konuşmacılar: Umut Mert AKSOY</i> Bedriye ÖNCÜ <i>Lut TAMAM</i>	
18:00 – 19:30	Akşam Yemeği			
19:30 – 20:30	KURS 7 ANKSİYETE BOZUKLUKLARI İÇİN BDT UYGULAMALARINDA METAFOR KULLANIMLARI <i>Konuşmacı: Neslihan AKKİŞİ KUMSAR</i>	KURS 5 ADLI PSİKİYATRİNİN İNCELİKLERİ <i>Konuşmacı: Latif ALPKAN</i>	KURS 6 PSİKODİNAMİK PSİKOTERAPİ UYGULAMALARI <i>Konuşmacı: Mine ÖZMEN</i>	
20:30 – 21:30	KİM HAKLI ? KLOZAPİN TEDAVİDE BİR ZİRVE Mİ YOKSA BİR GEREKSİZ BİR EFSANE Mİ ? <i>Konuşmacılar: Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU, Köksal ALPTEKİN</i>			

BİLİMSEL PROGRAM

11 MART 2017, CUMARTESİ

SAAT	SALON A	SALON B	SALON C
08:00 – 08:45	UZMANLA BULUŞMA PSİKİYATRİ PRATİĞİNDE TERAPÖTİK İLAÇ DÜZEYİ İZLEMİ <i>Konuşmacı: Gül ERYILMAZ</i>	SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU -3 <i>Oturum Başkanları: Hüsnü ERKMEN, C. Onur NOYAN</i>	SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU -3 <i>Oturum Başkanları: Nevzat TARHAN, Eylem ÖZTEN</i>
08:45 – 09:00	Kahve Arası		
09:00 – 10:30	PANEL 14 RUH BEDEN İKİLEMİ <i>Oturum Başkanları: Hakan KUMBASAR, Hayriye ELBİ</i> Beden hastalıklarının beyindeki etkileri <i>Berker DUMAN</i> Ruh hastalığının bedendeki etkileri <i>Çiğdem AYDEMİR</i> Hastalıklara kültürelarası ruhsal bakış <i>Bedirhan ÜSTÜN</i> İyi olmak ve yaşam kalitesi <i>Hayriye ELBİ</i>	PANEL 18 DOĞRU İLAÇ, ARTMIŞ ETKİNLİK, AZALMIŞ YAN ETKİ <i>Oturum Başkanları: Nesrin DİLBAZ, Tayfun UZBAY</i> Black box uyarıları <i>Tayfun UZBAY</i> Tardif Diskinezi <i>Nesrin DİLBAZ</i> Psikotrop ilaçların beklenmedik etkileri <i>Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU</i> Serotonin Sendromu <i>Erol ÖZAN</i>	PANEL 16 KİTLESEL YAŞANAN TRAVMALARDA AKUT DÖNEM MÜDAHALELER <i>Oturum Başkanları: Mine ÖZMEN, Ejder Akgün YILDIRIM</i> Travmada erken dönem yaklaşım ilkeleri: Onarıcı, koruyucu, önleyici müdahaleler <i>Münevver YILDIRIM</i> Bireysel başvuruda yaklaşım: Havaalanı patlaması sebebiyle başvuran olguda tedavi aşamaları <i>Gizem DÖNMEZLER</i> Onarıcı, koruyucu, önleyici grup uygulamaları: Patlama sonrası etkilenenlere yönelik grup terapisi uygulaması örneği <i>Ejder Akgün YILDIRIM</i>
10:30 – 11:00	Kahve Arası		
11:00 – 12:00	UYDU SEMPOZYUM  ABDİ İBRAHİM DEPRESYON TEDAVİSİNDE ETKİNLİK BEKLENTİLERİ VE ETKİN DOZ VENLAFAKSİN XR <i>Oturum Başkanı: Nesrin DİLBAZ</i> <i>Konuşmacılar: Şebnem PIRILDAR</i>		
12:00 – 13:30	Öğle Yemeği		
13:30 – 15:00	PANEL 17 ANKSİYETE BOZUKLUKLARINDA YENİ KAVRAMLAR VE ALT TİPLERİ <i>Oturum Başkanları: Tunç ALKIN, Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU</i> DSM 5 ve Anksiyete ile ilişkili bozukluklar <i>Tunç ALKIN</i> Anksiyete Bozukluklarında translayonel bakış ve R-Doc ölçütleri <i>Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU</i> Korku ve anksiyete devresinin nörobiyolojisi <i>Neşe KOCABAŞOĞLU</i> Oksitosin ve psikiyatri <i>Tayfun TURAN</i>	PANEL 15 KRONİK RUHSAL HASTALIKLARDA BİLİŞSEL BOZUKLUK: ÖNLENEBİLİR Mİ TEDAVİ EDİLEBİLİR Mİ? <i>Oturum Başkanları: Rüstem AŞKIN, Şebnem PIRILDAR</i> Şizofreni ve bilişsel bozukluk: Ölenebilir mi tedavi edilebilir mi ? <i>Berna AKDEDE</i> Bipolar spektrumunda ve bilişsel bozukluk: Ölenebilir mi tedavi edilebilir mi? <i>Selim TÜMKAYA</i> Depresif bozukluklarda bilişsel bozukluk: Ölenebilir mi tedavi edilebilir mi? <i>Rüstem AŞKIN</i> OKB'de ve bilişsel bozukluk: Ölenebilir mi tedavi edilebilir mi? <i>Şebnem PIRILDAR</i>	PANEL 20 HAYATIN İÇİNDEN <i>Oturum Başkanları: Sunar BİRSÖZ, Ahmet Rifat ŞAHİN</i> Psikiyatri ve yazarlık <i>Levent METE</i> Emeklilik ve yas <i>Abülkadir ÇEVİK</i> Psikiyatristten politikacı olur mu? <i>Erol GÜKA</i>
15:00 – 15:15	Kahve Arası		

BİLİMSEL PROGRAM

11 MART 2017, CUMARTESİ

SAAT	SALON A	SALON B	SALON C
15:15 – 16:15	UYDU SEMPOZYUM BİPOLAR DEPRESYONU AYIRT ETMEK HER ZAMAN KOLAY MI ? DEPRESYONUN ARKASINA SAKLANABİLEN BİR TANI: BİPOLAR DEPRESYON <i>Konuşmacılar: Nesrin DİLBAZ,</i> <i>Öğuz KARAMUSTAFALIOĞLU</i>		
16:15 – 16:30	Kahve Arası		
16:30 – 18:00	PANEL 19 DISSOSİYATİF BOZUKLUKLAR VE GÜNCEL YAKLAŞIM <i>Oturum Başkanı: Öğuz KARAMUSTAFALIOĞLU</i> Dissoyasyon nedir, ne değildir, nasıl tanınır <i>Eylem ÖZTEN</i> Dissoyatif bozukluklar ve eşanlılık <i>Feride YILDIRIM</i> Dissoyatif bozukluklarda psikofarmakoloji dışı etkin tedaviler <i>Bahadır BAKIM</i> Dissoyatif bozukluklarda psikofarmakolojik yaklaşım <i>Öğuz KARAMUSTAFALIOĞLU</i>	UNPLUGGED 4 MUAYENE ODASINDAN KONGREYE VAKA SUNUMLARI: BİPOLAR BOZUKLUK VE OKB EŞANISI <i>Oturum Başkanı: Nesrin DİLBAZ</i> <i>Konuşmacılar: Nesrin DİLBAZ, Öğuz TAN,</i> <i>Murad ATMACA</i>	PANEL 21 SON GELİŞMELER İŞİĞİNDA SAĞLIK RAPOR HAZIRLAMA <i>Oturum Başkanları: Mecit ÇALIŞKAN,</i> <i>Latif ALPKAN</i> Sağlık kurul raporu düzenlemenin incelikleri <i>Mecit ÇALIŞKAN</i> Adli vakalarda rapor hazırlamanın incelikleri <i>Fatih ÖNCÜ</i> Askerlerde ruh sağlığı işlemleri ve askerliğe elverişsizlik raporlarının incelikleri <i>Nahit ÖZMENLER</i>
18:00 – 19:30	Akşam Yemeği		
19:30 – 20:30	KURS 4 DEPRESYONDA FARKINDALIK TEMELLİ KOGNİTİF TERAPİ <i>Konuşmacı: Berk Murat ERGÜN</i>	KURS 8 NEUROBİOFEEBACK UYGULAMALARI <i>Konuşmacılar: Çiğdem DEMİRSOY</i>	KURS 9 TMU UYGULAMALARI <i>Konuşmacı: Öğuz TAN, Gül ERYILMAZ</i>
21:00	Sosyal Program		

BİLİMSEL PROGRAM

12 MART 2017, PAZAR

SAAT	SALON A	SALON B	SALON C
09:00 – 10:30	PANEL 22 KISSADAN HİSSE: BAĞIMLILIK <i>Oturum Başkanları: Zehra ARIKAN, Cüneyt EVREN</i> Kanıtı dayalı alkol bağımlılığı tedavisi <i>Zehra ARIKAN</i> Sentetik kannabinoidler ve psikoz <i>Cüneyt EVREN</i> Kumar Bağımlılığı ve sanal bağımlılıklar <i>Alptekin ÇETİN</i> Bağımlılıkta tedavi uyumu: Uzun etkili tedavi uygulamaları <i>Zeki YÜNCÜ</i>	PANEL 23 FARKLI YÖNLERİYLE KARMA DEPRESYON <i>Oturum Başkanları: Erol GÖKA, Kürşat ALTINBAŞ</i> Karma Karşık depresyon <i>Kürşat ALTINBAŞ</i> Karma Karşık gebelik ve lohusalık <i>Esra YAZICI</i> Karma Karşık mizaç ve duygu düzenlemesi <i>Halil İbrahim TAŞ</i>	PANEL 24 AİLE İÇİ ŞİDDETE PSİKOTERAPİ YAKLAŞIMLARI <i>Oturum Başkanları: İbrahim BALCIOĞLU, Abdülkadir TABO</i> Aile içi şiddete bilişsel davranışçı yaklaşımlar <i>Yasir ŞAFAK</i> Şema perspektifinden aile içi şiddete yaklaşım <i>Ayşe Gökçen GÜNDOĞMUŞ</i> Aile içi şiddete aile terapisi ile yaklaşım <i>Süheyla DOĞAN BULUT</i>
10:30 – 11:00	Kahve Arası		
11:00 – 12:30	PANEL 25 ADLI PSİKİYATRİ <i>Oturum Başkanları: Sefa SAYGILI, Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU</i> Adli Tıp bakışı ile Adli Psikiyatri <i>Faruk AŞICIOĞLU</i> Adli psikiyatri uygulamalarında çocuk ve ergen suçları <i>Ömer Akil ÖZER</i> Yüksek güvenlikli hastaneler nedir, nasıl uygulama bulmalıdır <i>Sefa SAYGILI</i>	PANEL 26 HAFIF TRAVMATİK BEYİN HASARINA (MTBI) GÜNCEL BAKIŞ <i>Oturum Başkanı: Nahit ÖZMENLER</i> Hafif TBI (mTBI)'da nörolojik yaklaşım <i>Güray KOÇ</i> Travmatik Beyin Hasarında nöropsikolojik değerlendirme ve bilişsel rehabilitasyon <i>Gönül ÇAKIR ATEŞ</i> Hafif TBI (mTBI) tanısında çok yönlü değerlendirme <i>Taner ÖZNUR</i> Hafif TBI (mTBI)'nın tanı ve kliniği <i>Nahit ÖZMENLER</i> Hafif TBI (mTBI)'da genel tedavi ilkeleri <i>Cemil ÇELİK</i>	PANEL 27 OBEZİTE VE ANKSİYETE <i>Oturum Başkanı: Neşe KOCABAŞOĞLU</i> Ergenlerde obezite ve sosyal anksiyete gelişimi: Bir grup çalışmasına ait bulgular <i>R. Hülya BİNGÖL ÇAĞLAYAN</i> Obezite cerrahisi ve psikiyatri <i>Güzin M. SEVİNÇER</i> Pozitif psikoterapinin obezitedeki yeri <i>Rukiye HAYRAN</i> Psikofarmakolojik ajanlar ve obezite <i>Fulya MANER</i> Sosyal Psikiyatri ve obezite <i>İbrahim BALCIOĞLU</i>

KONUŞMA METİNLERİ

Bipolar bozukluk tedavisinde dikenli yollar: antidepresan kullanımı istisna mı?

Prof. Dr. Oğuz Karamustafalıoğlu

Üsküdar Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Bipolar bozukluk için onaylanmış tedaviler içerisinde onaylanmış hiçbir antidepresan yoktur. Antidepresan kullanımında antidepresan alt grubuna göre manik evreye kayma ihtimali artmaktadır. Hem etkinliğinin gösterilememesi hem de manik kayma ihtimalini artırması antidepresan kullanımını önemli bir risk faktörü haline getirmektedir. Bireyselleşmiş olarak bazı olgularda istisnai olarak antidepresan kullanılsa bile bipolar depresyon tedavisinde antidepresan tedavisinde tedavinin ilk iki aşamasında uzak durulmalıdır.

Şizofreni tedavisinde karşılanmamış ihtiyaçlar, TRSM faaliyetleri: dağ fare mi doğurdu?

Prof. Dr. Oğuz Karamustafalıoğlu

Üsküdar Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Şizofrenik Bozukluk süregelen seyirli ve yetiyitimine yol açan ruhsal bir bozukluktur. Pozitif ve affektif belirtilere ilaç tedavisinde yanıt bulunurken negatif ve kognitif belirtiler ilaç tedavisine yeterli cevap vermemektedir. TRSM faaliyetleri ile tedaviye yeterli cevap bulunamayan belirtiler için kazanımlar elde etmek mümkündür. TRSM hizmetlerinde mevcut uygulama merkez sayısını arttırmak üzerine kurulu olup bilimsel çalışmalarla hizmet alanlarda ne kadar düzelme kaydedildiğini ölçen çalışmalar çok azdır. Belirli rakamlara ulaşan TRSM çalışmalarında hedef bundan sonra ölçeklerle düzelme ölçüp şizofrenide karşılanmamış ihtiyaçlar hitap etmek olmalıdır

Klozapin şizofreni tedavisinde zirve mi yoksa gereksiz bir efsane mi?

Prof. Dr. Oğuz Karamustafaloğlu

Üsküdar Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Klozapinle ilgili bilhassa tedaviye dirençli şizofreni diğer antipsikptiklere üstünlüğünü gösteren çalışmalar vardır. Sadece haftalık kan tahliline gelebilecek kişilerin tedaviye alınabilmesi ilaç lehine bir avantaj oluşturmaktadır. Seçici bir popülasyonda etkili olmak avantaj mıdır?

Önemli ölçüde kardiyolojik yan etkiler ,kullanımı ardında 5 yıllık izlemde %75 varan diyabet oluşumu, yiyeceklerin barsaklarda geçiş hızını diğer antipsikotiklere göre dört kat arttırması ve ileusa bile yol açması, nöbet oluşturma potansiyeli ,salya artışı önemli yan etkileridir. Hem etkinlik anlamında yöntemsel soru işaretleri hem de beden sağlığını büyük risk altında tutması klozapin efsanesine işaret etmektedir.

Psikotrop ilaçların beklenmedik etkileri

Prof. Dr. Oğuz Karamustafalıoğlu

Üsküdar Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Bağımlılık çağımızın en önemli ruh sağlığı problemlerinden birisidir. Tedavide kullandığımız bazı ilaçların bağımlılık yapma potansiyeli olduğunu bilmekteyiz (benzodiyazepinler ve psikostimülanlar gibi). Tedavide kullandığımız bazı moleküller endikasyonu olan tedavide başarı sağlarken başka bağımlılıkları başlatma gibi sorunları beraberinde getirmektedir. Aripiprazol ve modafinille ilgili bu konuda giderek artan yayınlar mevcuttur. Hekim eliyle bağımlılık oluşturma potansiyeli olan ilaçları sağlıklı hekimlik sanatı içinde kullanmalıyız

Anksiyete bozukluklarına translasyonel bakış ve RDoC ölçütleri

Prof. Dr. Oğuz Karamustafalıoğlu

Üsküdar Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Anksiyete bozuklukları ruhsal bozuklukların en sık görülen gruplarından birisidir. DSM 5 te sınıflandırmada önemli değişiklikler oluşturulsa da bu değişiklikler tatminkar olmamıştır. Translasyonel bakış temel bilimlerde elde edilen verileri klinikte kullanarak sebep sonuç ilişkisi içerisinde etkin tedavileri bulmayı hedeflemektedir. RDoC ölçütleri National Institute of Mental Health tarafından geliştirilen yeni bir değerlendirme sistemidir

Dissosiyatif bozukluklarda psikofarmakolojik yaklaşım

Prof. Dr. Oğuz Karamustafalıoğlu

Üsküdar Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Dissosiyatif bozukluk tedavisinde psikofarmakolojik yaklaşım primer tedavi değildir. Fakat dissosiyatif bozukluk tedavisi olanların en az %80'inin ilaç tedavisi olduğu görülmektedir. Her ilaç grubunun (antidepresan, antipsikotik, anksiyolitik, duygu-durum dengeleyici gibi) eştanıları da dikkate alarak tedavide önemli bir yeri olabilir veya psikoterapiye uyumu arttırabilir. Dissosiyatif kimlik bozukluğunda farklı alterlerin aynı ilaç tedavisine farklı yanıt verebileceğini unutmamak gerekir.

Uzun etkili antipsikotiklerin diğ er depo antipsikotiklerle karşılaştırılmalı etkinlikleri ve yan etkileri

Prof. Dr. Oğuz Karamustafalıoğlu

 sk dar Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Uzun etkili antipsikotiklerin şizofrenik tedavisinde bilhassa tedavi uyumu bozuk olan hastalarda önemi artmaktadır. Yeni nesil uzun etkili ilaçların etkin profillerinini yanı sıra birinci kuşak depo preperatlarda görülen ekstrapiramidal sistem yan etkilerinin çok az olması kullanım oranlarını ve şizofrenide kullanım evresinde erken dönemden itibaren kullanımı beraberinde getirmiştir

Uzun etkili antipsikotikleri klinik uygulamada yeri: kontrollü çalışmalar ve gerçek yaşam

Prof. Dr. Oğuz Karamustafalıoğlu

Üsküdar Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Yeni nesil uzun etkili antipsikotiklerin etkinleri ve daha güvenli yan etki profilleri tedavi uyumu bozuk olan ve tanıdan itibaren ilk beş yıl içerisinde daha çok alevlenme gösteren hastaların tedavisinde çok yardımcı olmuştur. Madde kullanan şizofrenlerde madde bağımlılığı ile ilgili müdahale fırsatı da yaratması dikkati çekmektedir.

Psikiyatristlerin eski ilaçlardan kalan tüm tedavilerde yanıtız kalanlarda uygulamaya geçme yaklaşımlarını değiştirmeleri tüm ölkelerde zaman almaktadır. Uzun etkili ilaçlarla tedavi uyumunun sağlanması yetiyitimini korumayı ve sosyallik sağlanması açısından da kolaylık getirmektedir

Akılcı ilaç kullanımı

Yrd. Doç. Dr. Işıl Göğcegöz Gül

Üsküdar Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) Göre akılcı ilaç kullanımı; toplumun çoğunluğunun sağlık hizmeti ihtiyacını karşılayan, yeterli miktarda ve uygun dozaj formlarında, toplumun maliyetini karşılayabildiği ilaçların kullanılmasıdır. Akılcı ilaç kullanımının basamakları;

- Doğru tanının konması,
- Prognozun belirlenmesi,
- Tedavi amaçlarının saptanması,
- Tedavi seçeneklerinin gözden geçirilmesi,
- Uygun tedavinin seçimi,
- İlaç tedavisi gerekli ise reçetenin doğru biçimde yazımı ve takiptir.

Akılcı ilaç kullanımı sürecinde; ilaç dışı tedavi seçeneklerinin dikkate alınması, eğer ilaç kullanılacaksa; bir taraftan uygun, etkin, güvenilir, risklerin ve yan etkilerin en aza indirildiği, maliyet analizinin yapıldığı ilaçların seçilmesi diğer taraftan hastanın uygun şekilde bilgilendirilmesi ve tedavi katılımının sağlanması gerekir. Ayrıca çoklu ilaç (polfarmasi) kullanımından mümkün olduğunca kaçınılması, gereksiz, tedavi kılavuzlarına uygun olmayan ilaçlardan kaçınılması büyük önem taşımamaktadır. DSÖ, tüm ilaçların yarısından fazlası uygunsuz şekilde reçete edildiğini veya satıldığını tahmin etmektedir. Türkiyede de sonuçlar benzer şekildedir. 2002 yılında Sağlık Bakanlığınca yürütülen bir çalışmada; ilaçların yarısı, taniya uygun olmadan gereksiz reçete edilmiştir. 2010 yılında Sağlık Bakanlığı ilaç takip sistemini getirmiş, 2011 yılında ise “Akılcı İlaç Kullanımı Kılavuzu” nu yayımlamıştır. Bu sunumda akılcı İlaç kullanımı hakkında bilgiler verilerek, bu süreçte yapılan uygulamalar gözden geçirilecektir.

Tedavi kılavuzları ve araştırmalar ışığında bipolar bozukluk akut tedavisinde son gelişmeler

Prof. Dr. Çınar Yenilmez

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Eskişehir

Bipolar bozukluk iki uçta (mani ve depresyon) duygu durum atakları ile seyreden yaşam boyu süren, kronik, yıkıcı sonuçları olan, yaşam kalitesini bozan, tekrarlamalarla giden bir ruhsal bozukluktur. Bipolar bozukluk yaygınlığı erişkin popülasyonda yaklaşık %1' tir. Fakat spektrum olarak ele alındığında bu oran % 6.5'a ulaşabilir. Bipolar bozukluk, tüm dünyada en sık yeti yitimine yol açan bozukluklar arasında altıncı sıradadır. Başlangıç yaşı akademik gelişme ve uzun vadeli ilişkilerin organize edildiği geç ergenlik ve erken erişkinlik dönemine rastlaması nedeniyle ağır maddi ve sosyal sorunlara yol açar. Bunun sonucu; sağlıklı yaşamda 12 yıl azalma, iş yaşamında 14 yıl azalma, yaşam beklentilerinde 9 yıl azalma, boşanma ve işte diğer insanlardan 2 kat sık sorun yaşarlar.

Hastalık sürecinde ortaya çıkan tekrarlamaların birey ve aile üyelerine olan etkileri, özkıyımlara bağlı yüksek ölüm risk ve akut dönemlerde ortaya çıkan çok ciddi psiko sosyal sorunlar, ilaç yan etkileri dikkate alınarak kanıta dayalı rehberler eşliğinde **tedavi kılavuzları ve araştırmalar ışığında** bipolar bozukluğun akut tedavilerindeki son gelişmeler bu konuşmada tartışılacaktır.

Burada British Assosiation for psychopharmacology (BAP), American psychiatric Assosiation (APA), Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT), The Texas Implementation of Medication Algorithms (TIMA), National Institute for Clinical Excellence (NICE) ve Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD) tedavi klavuzlarındaki **bipolar bozukluk** akut tedavisindeki son uygulamalar ele alınacaktır.

Bipolar bozukluk idame tedavisi: duygudurum düzenleyiciler mi atipik antipsikotikler mi?

Prof. Dr. Cengiz Akkaya

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Bursa,

Bipolar Afektif Bozukluk (BAB), ataklarla seyreden, yüksek relaps ve hastanede yatış oranına sahip, kronik gidişi nedeniyle yaşam kalitesi, mesleki ve sosyal işlevsellikte bozulmaya neden olan bir hastalıktır. BAB'ın hızlı döngülü bir gidişat göstermesi, kötü prognozun bir öngörücüsü olarak kabul edilmektedir. Hızlı döngülü terimi ilk olarak 1974 yılında bir yılda dört veya daha fazla epizod olması şeklinde tanımlanmıştır. Bu grup hastalar; BAB hastalarının %15-20'sini oluşturmaktadır. Hızlı döngülü hastaların duygudurum düzenleyicilere cevabının yetersiz olduğu bilinmektedir. Bu hastaların tedavisinde güçlükler yaşanmakta ve sıklıkla kombine ve yüksek doz ilaç kullanımı gerekmektedir. BAB hastaları arasında kötü prognozlu olanların %77'sinin hızlı döngülü olduğu belirlenmiştir. İlk atipik antipsikotik olan klozapinin hızlı döngülü BAB hastalarının uzun süreli tedavisinde etkili olduğunu, atak sıklığını ve şiddetinin azalttığını gösteren kısıtlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu amaçla biz hızlı döngülü BAB'da klozapin kullanımının prognoz üzerine etkisini araştırmayı hedefledik. Çalışmaya 11 kadın ve 2 erkek hasta alındı ve 12 ay boyunca takipleri gerçekleştirildi. Grubun ortalama klozapin kullanım dozu 180 mg/gün'dür. Klozapin kullanımı öncesinde depresyonda geçirilen ortalama gün sayısı 14 iken klozapin kullanımı sonrası bir yıllık sürede depresyonda geçirilen ortalama gün sayısı sıfırdır ($p<0.001$). Klozapin kullanımı öncesinde manide geçirilen ortalama gün sayısı 35 iken klozapin kullanımı sonrası bir yılda manide geçirilen ortalama gün sayısı sıfırdır ($p<0.001$). Klozapin kullanımı öncesinde geçirilen depresyon ortalama atak sayısı 5 iken, klozapin kullanımı sonrasında geçirilen depresyon ortalama atak sayısı sıfırdır ($p<0.001$). Klozapin kullanımı öncesinde geçirilen mani ortalama atak sayısı 11 iken, klozapin kullanımı sonrasında geçirilen mani ortalama atak sayısı sıfırdır ($p<0.001$). Klozapin kullanımı öncesinde hastane yatış sayısı ortalama değeri 5 iken klozapin kullanımı sonrası bir yıllık sürede hastane yatış sayısı ortalama değeri sıfır olarak bulunmuştur ($p<0.001$). Bu çalışmada Klozapin'in BAB'da bir duygudurum düzenleyicisi olarak etkili olduğu tespit edilmiştir.

Tıkınırcasına yeme bozukluğunda impulsivite ve kompulsivite

Prof. Dr. Aslıhan Dönmez

Üsküdar Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

İmpulsivite sağlıklı karar verme mekanizmalarını devreye sokmadan hızlıca harekete geçmek ve ödülle ilişkili dürtülere göre davranmakla karakterize çok boyutlu bir kişilik özelliğidir. Kompulsivite ise genel amaçla veya elde edilecek ödülle ilişkili olmayan tekrarlayıcı ve süregelen eylemlerde bulunma ve olumsuz sonuçlara rağmen bu eylemleri uygulamaya devam etmeyi içerir. Tıkınırcasına yeme bozukluğunda artmış impulsivite ve kompulsivite mevcuttur. Bu durum hastaların yemekle ilgili durumlarda kontrolsüzce davranmalarına ve almaları gereken miktardan çok daha fazla yiyecek tüketmelerine neden olur. İmpulsivite ve kompulsivitenin varlığı tıkınırcasına yeme bozukluğu olan hastaları bu bozukluğa sahip olmayan obez hastalardan ayırır. İmpulsivite ve kompulsivite özellikleri ne kadar fazlaysa tıkınırcasına yeme bozukluğu psikopatolojisinin şiddeti de o oranda artar. Tüm bunlar tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısının obsesif-kompulsif spektrum bozuklukları arasında yer almasına neden olmuştur. Bu bulguların klinik açıdan önemi tedavi yaklaşımlarında ek bazı yöntemlerin uygulanması gerekliliğidir. Özellikle bilişsel davranışçı terapi yaklaşımları uygulanırken hastaların impulsivite ve kompulsivitelere özgül tekniklerin de tedavi eklenmesi tedavi başarısını arttıracaktır.

Zihin kuramı nedir, nasıl ölçeriz?

Uzm. Dr. Mehmet Oğuzhan Kılınçel

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Bursa

Zihin kuramı (ZK) kişinin kendisinin dışındaki kişilerin kendininkinden farklı bir zihne sahip olduğunu fark edebilme, kendisinin veya ötekilerin niyet, inanç, istek ve bilgisi gibi durumlarını anlayabilme ve zihinsel olarak bunları temsil edebilme yetisi için geliştirilmiş bir kuramdır. Gelişimsel olarak ZK'de üç düzeyden bahsedilir,

1. birinci derece yanlış inanç , kişinin kendisinin bildiğini diğer kişinin bilmediğini kavrayabilme
2. ikinci derece yanlış inanç, üçüncü bir kişinin diğer kişinin bildiğini bilmediğini kavrayabilme
3. faux pas (Fransızcada yanlış adım olarak tercüme edilen en basit manasıyla gaf anlamında kullanılır) bir kişinin söylememesi gereken bir sözü söylememesi gerektiğini bilmeden söylediğini kavrayabilme

Psikopatoloji açısından, zihinsel kuram bozuklukları kavramı ilk olarak otistik spektrum bozukluğu olan çocuklardaki belirtileri açıklamak için kullanılmıştır. Daha sonra gelişimsel (Asperger sendromu), nörolojik (frontal lob sendromu, frontotemporal demans, Alzheimer tip demans) ve psikiyatrik (antisosyal ve bordeline kişilik bozuklukları, bipolar duygudurum bozukluğu, şizofreni) bozuklukta gözlenmiş olması, bu bozuklukların tek bir klinik sonuçtan çok, farklı görünümlere neden olan bir yelpaze içinde tanımlanabilmesini sağlamaktadır. ZK teorisinin iki farklı alt tipini tanımlamıştır.

1. Sosyal-Bilişsel ZK
2. Sosyal-Algisal ZK

Bunlardan birincisi, Sosyal-Bilişsel ZK'dır ve başkalarının davranışlarına bakarak altta yatan zihinsel durumunu çıkarsamak olarak tanımlanabilir. Yanlış inanç testleri bu yetinin klasik örneği olarak gösterilebilir. Sally ve Anne testi bu grup testlerin en bilinen örneğidir.

Bu grupların tanımladığı ikinci tip zihinselleştirme yetisi, doğrudan gözlenebilen bilgiye dayanarak başkalarının zihinsel durumunu algılama yetisidir (Sosyal-Algisal ZK). Gözler testi bu yetiyi ölçmekte en sık kullanılan araçtır. Bu yetinin, sosyal-bilişsel ZK'nın aksine diğer bilişsel yetilerden bağımsız, ama duygu tanıma yetisiyle ilişkili olduğu öne sürülmektedir.

Normalde, karşımızdaki insanın zihinsel durumunu anlamaya çalışırken her iki ZK yetisine de ihtiyaç duyarız. Örneğin, bir tanıdığımızın bize söylediği bir ifadenin ironik bir anlamı olduğunu anlayabilmek için, kişinin yüz ve beden ifadesine, ses tonuna dikkat etmek (sosyal-algisal ZK), kişinin kullandığı kelimeleri ve içinde bulunduğu durumu analiz edebilme ve geçmişte ifade ettiği düşünce ve inançlarını göz önüne alabilmek (sosyal-bilişsel ZK) gereklidir.

Zihin kuramı testleri

Wimmer ve Perner'in klasik Sally ve Anne testinden (1983) bugüne kadar çeşitli ZK testleri geliştirilmiştir. Bunlardan en sık kullanılanları İma Testi ,Aldatma Testi, Metafor ve İroniyi Kavrama ,Resim Sıralama, Yanlış İnanç İçeren Karikatür testleri, Kurabiye Testi, Tuhaf Öyküler Testi ve Zihinsel Duruma Atıf Testidir.

ZK testlerinin en bilinen örnekleri yanlış inanç testleridir. Sally ve Anne testi bu grup testlerin en bilinen örneğidir. Bu testlerde, denneğin bir nesnenin durumundaki bir değişikliği, hikayedeki bir karakteri bildiğini, ama diğer kişinin bunu bilmediğini anlaması ve diğer kişinin eylemini bu ayrıma dayanarak öngörmesi gerekir (Birinci derece ZK). Bu yeti normal çocuklarda 3-4 yaşında kazanılır. Bu testin daha karmaşık sürümlerinde, hikayedeki karakterler zincirindeki kişi sayısı artırılır. Testin bu sürümü, denneğin hikayedeki kişinin diğer bir karakterin 3. bir kişi hakkındaki bilgisini göz önüne alarak tahminde bulunmasını gerektirir (ikinci derece ZK). Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği (DEZTÖ) Sosyal biliş ve yeteneklerin ZK teorisi çerçevesinde incelemesi amacıyla Değirmencioglu ve arkadaşları tarafından 2008'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği (DEZTÖ). 5 resim ve 7 hikayeden ve toplam 18 sorudan oluşur.

Zihin kuramının sosyal-algısal yönünü incelemek amacıyla geliştirilen testler çok daha az sayıdadır. Bu yetiyi ölçmek üzere şizofreni çalışmalarında sadece gözler testi kullanılmıştır. Gözler testi, kişinin göz ifadesine bakarak basit duyguların ötesine giden zihinsel durumunu anlama yetisini değerlendirir.

Duygudurum bozukluğu ve zihin kuramı

Uzm. Dr. Özlem Miraloğlu

Burdur Devlet Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Burdur

Duygudurum bozukluğu 2500 yıldır insanoğlunun en sık rahatsızlıklarından biri olarak tanımlanmasına rağmen, halk sağlığının önemli bir konusu haline gelmesi yakın zamanlarda olmuştur. Duygudurum bozuklukları önemli ölçüde iş görememe, sosyal ve ekonomik kayıpla ilişkili, ciddi, süregelen ve sık görülen hastalıklardır. Majör depresif bozukluk, bipolar afektif bozukluk, distimi ve anksiyete bozuklukları; klinikte sıklıkla karşılaştığımız duygudurum bozukluklarıdır. Duygudurum belirtileri bilişsel ve psikososyal işlevsellikte bozulma ile birlikte seyreder.

Sosyal bilişsel yetiler, insan toplumunda etkileşimi sağlamak için özelleşmiş bilişsel yetilerdir. Sosyal bilişsel yetilerin en önemlilerinden biri olan Akıl Teorisi (AT) başkalarının niyetleri hakkında varsayımlarda bulunmak ve yorumlamak olarak tanımlanmakta ve başarılı sosyal etkileşim için temel öğelerden biri olarak kabul edilmektedir.

Duygudurum bozukluklarında akıl teorisi işlev bozuklukları; ilk olarak bipolar afektif bozukluğu olan hastalarda araştırılmaya başlanmış, ardından diğer duygudurum bozukluklarında da akıl teorisi defisitinin varlığı ile ilgili araştırmalar yapılmıştır.

Duygudurum bozukluklarında AT becerilerinde bozulma olduğu çalışmalarla ve görünütleme yöntemleri ile gösterilmiştir. AT becerilerinin diğer bilişsel işlevler, hastalık belirtileri ve süresi gibi klinik değişkenler ile ilişkisi konusundaki çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiş, ancak birçok çalışmada kısıtlılıklardan bahsedilmiştir.

Duygudurum bozukluklarında ve özellikle de depresyonda gözlenen temel akıl teorisi patolojisi; zihinsel durumların temsili olarak anlaşılması, fakat bu zihinsel durumların atfedilmesi/tatbik edilmesinde bir anormallik olmasıdır. Bu hastalarda zihin kuramı bozukluğu; zihinsel durumları temsili olarak anlamalarında değil, aksine aşırı temsillendirmelerindedir. Bu hastalar ötekilere aşırı bilgi ve zihinsel durum atfederler.

AT'nin remisyondaki hastalarda da bozuk olduğu tespit edilmiş ve dolayısıyla bozulmuş AT'nin, hastalığın tüm aşamalarında mevcut olduğu saptanmıştır. Bu da tüm hastaların remiyon döneminde işlevselliğinin düşmesinin nedenlerinden biri olabileceği fikrini vermiştir.

Remisyondaki hastalarda AT defisitleri devam edenlerin, etmeyenlere göre rekürrens açısından risk altında olduğu ve sosyal işlevselliğinin bozuk olduğu tespit edilmiştir. Hastaların sosyal etkileşim ve işlevselliğiyle doğrudan ilişkili olan akıl kuramının doğru anlaşılması, tedavi ve rehabilitasyon hedeflerinin oluşturulmasında önemli bir adım olacaktır.

Psikotik bozukluklarda zihin kuramının psikopatolojiye etkisi?

Uzm. Dr. Rukiye Ay

Malatya Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Malatya

Zihin kuramı(ZK), hem diğerlerinin mental durumlarının kişinin kendi mental durumundan farklı olduğunu anlama, hem de diğerlerinin mental durumlarının içeriği (niyet, inanç gibi) ile ilgili doğru çıkarımlar yapabilme becerisidir. ZK bozuklukları gösteren kişilerin hem kendilerinin hem de başkalarının mental durumlarını algılayamadıklarından veya algılayabildikleri mental durumların uygulamasında bir eksiklikleri olduğundan bahsedilebilir. Bu kusurlar başkasının neler hissettiğinin, hangi niyet ve duygular içerisinde olduğunun anlaşılmasına, sosyal uyaranları işleme becerisinde eksikliğe ve bağımsız yaşama becerileri ile ilgili sorunlara yol açar. ZK becerilerindeki bozulmanın sosyal etkileşim ve iletişim alanlarında sorunlarla birlikte birçok psikopatolojik durumla ilişkili olduğu gösterilmiştir. İlk olarak otistik çocuklarda zihinselleştirmede yetersizlik olduğu gösterilmiştir. ZK becerileri ile şizofreni ilişkisini inceleyerek, bu alandaki öncü çalışmalara imza atan Frith (1992) otizm ile şizofreniyi karşılaştırarak, özellikle sosyal etkileşim ve iletişim alanındaki bozulmaların benzer nitelikte olduğunu öne sürmüştür. Frith, ZK bozuklukları ile üç grup şizofreni özelliğini ilişkilendirmiştir. Frith'in oluşturduğu modele göre; Amaca yönelik davranış bozuklukları (örneğin negatif veya dezorganize davranışlar) yani kişinin kendi niyetini algılamada veya davranışlarını kendi amaçlı aktivitelerinin bir sonucu olarak görme bozuklukları, Kendisini gözlemlene bozuklukları (örneğin kontrol edilme sanrıları, emir veren sesler veya diğer “edilgenlik” belirtileri), Diğer insanların düşünce ve niyetlerini gözlemlene bozukluklarını (örneğin referans ve perseküsyon sanrıları) ZK bozukluğu ile açıklamak mümkün olmaktadır. Şizofreni hastalarında belirtili grupları ile ZK ilişkisini değerlendiren çalışmalarda hastalığın farklı özellikleri/dönemleri ile ZK arasındaki ilişki incelenmiştir. ZK ile hastalık belirtileri arasındaki ilişkide belirsizlikler sürmektedir. ZK bozukluğunun, yalnızca belirtilerle ilişkili, durumsal bir belirteç (state-like) olduğu yorumunda bulunan çalışmalar vardır. Ancak hastalığın hem aktif, hem de remisyon döneminde sürekli bir belirteç (trait-like) olarak ZK yetisinin bozuk olduğunu bildiren çalışmalar çoğunluktadır. Çalışmalarda ZK bozukluğunun, nörobilişsel işlevlerdeki bozulmanın bir yan ürünü ya da sonucu olup olmadığı araştırılmıştır. Nörobilişsel bozukluklar ile ZK bozukluklarının ilişkisi konusunda belirsizlik devam etmektedir. Şizofreni hastalarında bozulmuş zihin kuramı becerilerinin hastalarda kötü işlevsellik ve hastalık içgörüsünün olmamasıyla da ilişkili olabileceği gösterilmiştir.

Anahtar kelimeler: Şizofreni, zihin kuramı, psikopatoloji

Yeme bozukluğunda DSM-5 ne getirdi, ne götürdü, ne eksik?

Doç. Dr. Ayşe Fulya Maner

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Kırıkkale

Yeme bozuklukları DSM-IV TR’de anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır. Anoreksiya nervoza (kısıtlayıcı ve tıkanan çıkarıcı tip) , bulimiya nervoza (çıkarma olan ve olmayan tipler), başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu başlığı altında ise tıkinırcasına yeme bozukluğu, gece yeme bozukluğu ve diğer atipik yeme bozuklukları yer almaktadır. DSM- 5’de Yeme bozuklukları yerine Beslenme ve Yeme Bozuklukları başlığı kullanılmıştır. Alt tipleri: 1- Pica, 2- Ruminasyon bozukluğu, 3- Kaçınan/kısıtlayıcı yiyecek alım bozukluğu, 4- Anoreksiya nervoza, 5- Bulimiya nervoza, 6- Tıkinırcasına yeme bozukluğu, 7- Diğer belirlenmiş beslenme ya da yeme bozuklukları, 8- Belirlenmemiş beslenme ya da yeme bozuklukları.

DSM-5 özellikle obez bireylerde normal yeme biçimlerinin hastalıklı değerlendirildiği şeklinde eleştirilmiştir. Obezite DSM-5’de ruhsal bir bozukluk olarak yer almamaktadır. Obeziteyle tıkinırcasına yeme bozukluğu, depresif ve bipolar bozukluklar, şizofreni gibi ruhsal bozukluklar arasında belirgin bir ilişki vardır. Bazı psikotrop ilaçların yan etkileri de obezite gelişimi için risk olabilir. DSM-5’deki Kaçınan/kısıtlayıcı yiyecek alım bozukluğu DSM-IV’deki Bebeklik yada erken çocukluğun beslenme bozukluğu tanısının yerini almıştır.

Anoreksiya nervoza tanısı için amenore gerekliliği kalkmıştır

Bulimiya nervozada üç ay süreyle ortalama haftada en az bir kere yineleyen tıkinırcasına yeme atakları şeklindeki DSM-5’deki sıklık DSM-IV-TR’de haftada en az 2 keredir

DSM-5’de Tıkinırcasına yeme bozukluğunda yeme atakları ortalama 3 ay süre ile haftada en az bir kere ortaya çıkar, bu sıklık DSM-IV-TR de 6 ay süre ile haftada en az 2 kere şeklindedir.

Diğer belirlenmiş beslenme yada yeme bozuklukları alt grubuna tıkinırcasına yemenin ve uygunsuz dengeleyici düzeneklerin haftada bir kereden daha az yada üç aydan daha kısa süreli ortaya çıkması dışında bulimiya nervoza tanı ölçütlerini karşılayanlar, 3 aydan kısa süreli ve/veya haftada en az 1 den daha seyrek olan tıkinırcasına yeme, çıkarma bozukluğu (tıkinırcasına yeme bozukluğu yok), gece yeme sendromu, büyük miktarlarda yiyeceği yutmak yerine sürekli çiğneyip tükürenler girer.

Psikofarmakolojik ajanlar ve obezite

Doç. Dr. Ayşe Fulya Maner

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Kırıkkale

Ruhsal bozukluk tanı ve tedavi seçeneklerinin artması ile birlikte kilo alımı önemli bir sorun haline gelmiştir. Birçok psikotrop ilacın vücut ağırlığını artırma, sonuçta obeziteye yol açma potansiyeli vardır. Kilo alımının miktarı ilaçtan ilaca değişmekle birlikte özellikle ikinci kuşak antipsikotikler fazla miktarda kilo aldırılmaktadır. Genel olarak bakıldığında klozapin, olanzapin, risperidon ve ketiyapin kilo artışı ile büyük ölçüde ilişkili bulunurken, paliperidon, ziprasidon, aripiprazol, asenapin, ve lurasidon görece olarak nötral bulunmaktadır.

Antidepresanlarla ilişkili obezite bu ilaçların daha sık reçete edilmeleri nedeniyle diğer ilaçlara göre daha sıktır. Obezite açısından ikinci kuşak antipsikotiklerin ön plana çıkması nedeniyle antidepresanlarla yapılan çalışmalar görece azdır. Antidepresanların kilo artırıcı yan etkileri Trisiklik Antidepresanlar ve Monoamin Oksidaz İnhibitörlerinde diğer ajanlara oranla daha sık bildirilmektedir. Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörlerinin ilk etkisi kilo kaybı yönünde olmakla birlikte tedavideki 1. yılın ardından genel bir kilo alımı olduğu bildirilmiştir. Paroksetin en çok kilo aldırıcı ilaçtır. Fluoksetinle ilgili tartışılabilir veriler bulunmaktadır. Başlangıçta anorektik etkileri görülmekte birlikte uzun süreli incelemelerde bu etkinin geçici olduğu, sonuçta başlangıç kilosunu artırdığı yönünde veriler mevcuttur. Fluvoksamin ve sertralin ile kilo artışı olmadığı bildirilmiştir.

Mirtazapini kilo artışı ve metabolik etkileri ikinci kuşak antipsikotiklere benzetilmektedir. Trazodonun zaman içerisinde hafif kilo aldırıcı olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Bupropion kilo azalmasına sebep olan tek ajandır.

Duygudurum Düzenleyiciler arasında Lityum kilo aldırıcı etkiye sahip olmasıyla ön plana çıkmaktadır. Valproik asitin diğer antikonvulsanlara göre daha fazla kilo aldırıcı bilinmektedir.

Psikotropaların farmakodinamik etki profilleri oldukça geniştir. Çoklu nörotransmitter, reseptör ve nöral ağların etkileşimiyle kilo artışına sebep olmaktadır. Bu etkiler iştahı artırma (kalori alımının artması) ve/veya metabolizma yavaşlatma (kalori harcamasının azalması) yönünde hareket eder. İlaç kaynaklı sedasyon ve fiziksel aktivite azalması da nedenler arasındadır.

Kilo alımından önce her hastaya diyet ve egzersiz planlanmalıdır. Ayrıca davranış düzenleyici tekniklerle yeme alışkanlıkları değiştirilmeli, istenen diyet davranışları cesaretlendirilmelidir. Bunların başarısız kalması durumunda yada hastanın uyumunun kısıtlı olduğu durumlarda antiobezite ilaçlarının başlanması uygun olacaktır.

Bipolar bozuklukta işlevsellik neden önemlidir? Nasıl değerlendirilir?

Uzm. Dr. Neslihan Akkişi Kumsar

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Klasik olarak bipolar bozuklukta gidiş ve sonlanım ölçümleri yineleme oranı, hastaneye yatış sayısı ya da belirtilerde düzelme oranı gibi klinik ölçütlerle nesnel olarak değerlendirilir (Michalak et al. 2006). Ancak son yıllarda daha etkili tedavi seçeneklerinin özellikle hastalık dönemlerinde başarıyla uygulanması ile birlikte, işlevsellik ve yaşam kalitesi gibi ölçütler ilgi odağı olmaktadır. DSM Eksen V'te yer alan işlevselliğin genel değerlendirilmesi (İGD) genel işlevselliği değerlendirir. Ancak, özellikle bipolar bozukluğu olan hastalarda, bir alanda sorun ya da bozulma olabilirken, diğer alanlar tamamen sağlam kalabilmektedir. Aslında, genel işlevsellik ekseninin içeriği ve yapısı çeşitli alanları kapsamalıdır (Mezzich 1997). İşlevselliğin değerlendirilmesinde sosyal alan bulunmaktadır ve ailesel, mesleki, kişiler arası ilişkileri içerir; ruhsal alan ise zihinsel, cinsel, duygusal işlevsellik gibi alanlardan oluşur. Diğer yandan, damgalanma bipolar hastaların işlevselliğinde önemli bir sorun oluşturmaktadır (Aydemir 2004). Ayrıca, işlevsellik ölçüm araçlarının tanı koymada kullanılan belirti ya da bulguları içermemesi vurgulanmaktadır (Endicott ve ark. 1993). Belirtilerin ötesinde, dönemler arası evrede işlevsellik geniş biçimde duygusal, cinsel, zihinsel, mesleki alanlardan oluşmalıdır.

Bu sunumda bipolar bozukluğu olan hastaların işlevsellik düzeylerinin hastalık seyri esnasındaki rolü ve nasıl değerlendirilemsi gerektiği tartışılacaktır.

Anksiyete bozuklukları için BDT uygulamalarında metafor kullanımları

Metafor en basit haliyle dolaylı anlatım olarak düşünülebilir. “Bir yerden bir yere taşımak” anlamına gelen Yunanca metapherein (meta: öte, üst; pherein: taşımak) kelimesinden türemiştir. Metafor, sözlüklerde, bir kelime, kavram veya deyim, farklı ama benzer bir nesne veya eyleme dönüştürülmesi olarak tanımlanmaktadır (Merriam-Webster, 2011). Metafor, birbirinden farklı olan bağlama özgü anlam ve bilişsel sistem arasındaki uzlaşmayı sağlayan sözel anlatımların ve bilişsel yapıların bir biçimi olarak tanımlanmaktadır (Angus ve Rennie, 1989). Psikiyatride metaforik dil kullanımı terapötik değeri olan önemli bir araç olarak görülmektedir (Wickman, Daniels, White ve Fesmine, 1999). Hastanın ilişkisiz görünen yaşantıları arasında bağlantı kurmaya yardım eden metaforlar, bu yaşantılara bağlı olarak ortaya çıkan duyguların ve algıların da bağlanmasına, daha iyi anlaşılmasına olanak sağlar. Birbirinden farklı görünen duygusal, bilişsel, algısal, ve yaşantısal parçaları biraraya getirme gücü olan metaforlar (Robert ve Kelly, 2010) zenginleştirici bir öğrenme kaynağı olarak

görülebılır. Direncin çözölmesine de yardım eden bu strateji terapisti uzman rolünden uzaklaştırır ve danışanın farkındalık kazanmasına yardım eder (Lydonn, Clay ve Sparks, 2001). Metaforla paylaşılan ortak dile (Trad, 1993), metaforik düşünceye ve anlam yaratmaya dayanan bir terapi ortamı danışan ve terapist arasındaki terapötik çalışma uyumunu geliştirir, yaratıcılığı destekler ve işbirliğini güçlendirir (Robert ve Kelly, 2010).

Anksiyete bozuklukarı özelinde klinik pratikte metaforların kullanımı bu kursun konusu olarak belirlenmiştir.

Muayene odasından kongreye vaka sunumları: bipolar bozuklukta işlevsellik değerlendirmesi

Uzm. Dr. Özlem Kızılkurt

İstanbul İstinye Devlet Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

İki Uçlu Bozukluk (İUB) özellikle ataklar sırasında hastalarda ciddi işlevsellik kaybına yol açar ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından dünyada özürlülüğün önde gelen 10 nedeninden biri olarak kabul edilir. Manik veya depresif dönem sonrası klinik belirtiler kontrol altına alındığı zaman bile hastalarda sosyal, mesleki, kişiler arası işlevsellikte bozulma olduğu bildirilmiştir (MacQueen ve ark. 2001, Goldberg ve ark. 1995, Coryell ve ark. 1993, Depp ve ark. 2006). İUB’de işlevsellik düzeyini etkileyen etmenlere bakıldığında, hastalık başlangıç yaşı, dönemlerin sıklığı, subklinik belirtiler, hızlı döngünlük, psikotik ve karma döneme ait semptomların varlığı gibi klinik değişkenlerin işlevselliği olumsuz etkilemekte olduğu belirtilmiştir (Suppes ve ark. 2000, Goldberg ve Keck 1999.)

Kişilik ve kişilik bozuklukları çalışma grubu, kişilik bozuklukları ve özelliklerinin değerlendirilmesi için hem kategorik ve hem de boyutsal yaklaşımları içeren yeni bir model geliştirdi. Çalışma grubu, kişilik bozukluğu sınıfının, 10 kişilik bozukluğundan 4’ünün kaldırılıp ayrıca kişilik bozukluğu ve patolojik özelliklerin boyutsal değerlendirilmesi ile kategorik tanıyı birleştirip hibrit değerlendirme şeması getirilerek yeniden formüle edilmesini önerdi. DSM-5 Bölüm III,,de tanımlanan yeni hibrid kişilik modeli, kişilik işlevi düzeylerini ve patolojik kişilik özelliklerinin beş geniş alanının değerlendirilmesini içermektedir

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde İUB tanısı konulmuş ve iyileşme döneminde gönüllü 100 hasta ile yaptığımız çalışmada hastaların işlevselliklerini etkileyen faktörleri değerlendirmek amacı ile klinik değişkenler incelendi. DSM-5 Bölüm III de bahsedilen Kişilik İşlevi Düzeyi Ölçeği (KİD) işaretilendi ve kişilik işlev düzeyinin İUB hastalarında işlevsellik üzerine olan etkisi araştırıldı. Sonuç olarak bu çalışmada İUB hastalarının ötimik dönemde işlevsellik düzeylerinde bozulma olduğu görülmüştür. Özellikle geçirilmiş psikotik dönem varlığının, psikiyatrik eş tanı varlığının, alkol- madde kullanım bozukluğunun, sosyal desteğin, ilaç yan etkisinin ve son olarak da kişilik işlevi düzeyinin işlevsellik üzerindeki önemi görülmüştür. Bu nedenle İUB’de kişilik işlevi düzeylerinin değerlendirilmesi hastaların daha ayrıntılı bir şekilde anlaşılmasını sağlayacaktır hem de işlevselliği de içine alacak şekilde tedavi planının belirlenmesi konusunda yardımcı olacaktır

Muayene odasından kongreye vaka sunumları: bipolar bozuklukta işlevsellik değerlendirmesi

Uzm. Dr. Fikret Ferzan Gıynaş

SBÜ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

İki uçlu bozukluk(İUB) manik, depresif ya da her ikisini de kapsayan karma dönemlerle giden, belirgin hastalık dönemlerine ve hatta ölüme yol açan, yineleyici ve dönemsel bir hastalıktır. Atak dönemleri dışında eşik altı belirtili ya da belirtisiz iyileşme dönemleri bulunur. Kişinin manik veya depresif dönem sırasında işlevselliğinde bozulma olduğu izlenir ve hastalık dönemi sonrası klinik belirtiler kontrol alındığı zaman premorbid işlevsellik düzeyine dönmesi beklenir; ancak yapılan çalışmalarda iyileşme dönemine giren hastalarda bile sosyal, mesleki, kişiler arası işlevsellikte bozulma olduğu bildirilmiştir (MacQueen ve ark. 2001, Goldberg ve ark. 1995, Coryell ve ark 1993).İki uçlu bozuklukta işlevsellik düzeyini etkileyen etmenlere bakıldığında, hastalık başlangıç yaşı, dönemlerin sıklığı, subklinik belirtiler, hızlı döngülülük, psikotik ve karma döneme ait belirtilerin varlığı gibi klinik değişkenlerin işlevselliği olumsuz etkilemekte olduğu belirtilmiştir (Goldberg ve Keck, 1999; Suppes ve ark., 2000; Rosa ve ark., 2009) Bunun yanında psikiyatrik ve medikal eş tanı varlığı (Feinman ve Dunner 1996, Kupfer 2005), ilaç yan etkisi (Zarate ve ark. 2000), madde kötüye kullanımı eştanısı (McElroy ve ark 1992, Lish ve ark. 1994), intihar davranışı öyküsü (Hajek ve ark. 2005, Kilbourne ve ark. 2004), tedavi uyumu (Colom ve ark. 2000, 2003), yaşam olayları (Ellicot ve ark. 1990) ve sosyal destek (O'Connell ve ark. 1985, Johnson ve ark. 2003, Cohen ve ark. 2004) gibi çevresel etmenler işlevselliği etkileyen diğer değişkenler arasında sayılmıştır. İUB'de işlevselliği etkileyen etmenler arasında kişilik özellikleri (Hajek ve ark. 2005, Hecht ve ark. 2005) de yer almaktadır.

Oksidan ve antioksidan düzenin ölçümünde yeni, kolay uygulanabilir testler(im) ve açık araştırma alanları

Prof. Dr.  zcan Erel

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Ankara

Normal metabolik süreçlerde ve hüresel savunma sistemlerinde oksitleyici reaksiyonlar olağan olarak oluşur ve yaşamsal faaliyetler sürdürülür. Organizma içeride üretilen ve dışarıdan da gelebilen bu oksitleyici etkiyi nötrleştirici antioksidan güce sahiptir. Sağlıkta bu oksidan ve antioksidan g  ler denge halindedirler. Organizmada iç ortamda gelişen patolojik süreçlerle ve/veya dışarıdan maruz kalan çevresel etkilerle denge genellikle oksidanların artması ve antioksidanların azalması şeklinde bozularak oksidatif stres gelişir. Artan oksidatif stres başta lipitler olmak üzere proteinler ve nükleik asitler gibi biyomoleküllerin yapısal ve fonksiyonel değişikliğine yol açar.

Oksidan ve antioksidan moleküllerin  eşitleri çok ve nitelikleri farklıdır. Bu nedenle kan düzeylerinin ayrı ayrı ölçülmesi rutin hastane laboratuvarları için pratik ve uygulanabilir değildir. Ancak, bu oksidan ve antioksidan moleküllerin etkisi toplamsaldır. Çalışmalarımızda kandaki tüm antioksidanların toplam antioksidan kapasitelerini ve tüm oksidanların toplam oksidan seviyelerini bir ölçümde saptayabilecek, rutin hastane laboratuvarlarında kullanılabilecek  zg n, yeni ölçüm yöntemleri geliştirilerek pratiğe uygulanmıştır.

Geliştirdiğimiz kolay, güvenilir, duyarlı, ucuz, hızlı, yüksek doğrusallığa ve tekrarlanabilirliğe sahip, hem manuel hem de tam otomatik olarak çalışılabilen, geniş kullanım alanı ve inovasyon potansiyeline sahip, toplam antioksidan seviye, (total antioxidant status; TAS), toplam oksidan seviye (total oxidant status; TOS), oksidatif stres indeksi (oxidative stress index; OSI), tiyol (-SH), disülfid (-S-S-) testleri organizmanın oksidan ve antioksidan durumunun saptanmasında ve -SH/-S-S- homeostazisinin değerlendirilmesinde kullanılabilir.

Oksidatif stres ve psikiyatrik hastalıklar

Doç. Dr. Yakup Albayrak

Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Tekirdağ

Oksidatif stres, reaktif oksijen moleküllerinin hücrelerin antioksidan kapasitelerini aştığında ortaya çıkan durumdur. Bu durum değişik tüm hücrelerde oksidatif olarak hasarlanmalara neden olur. Diğer sistem hastalıklarını etkilediği gibi psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkmasında da önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir. Yapılan klinik ve preklitik çalışmalar oksidatif stres düzeyinin artması ile psikiyatrik rahatsızlıkların arasında ilişkiler olduğunu bildirmektedir. Depresif bozukluklar, şizofreni ve ilişkili bozukluklar, anksiyete bozuklukları, obsesif ve kompulsif bozukluk 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. Tüm bunların yanı sıra oksidatif stresin birçok faktörden etkilenmesi psikiyatrik bozuklukların etyolojisinde direkt bir faktör olarak veya direk bir biyobelirteç olmasının güçleştirmektedir. Bu sunumda genel hatlarıyla nöropsikiyatrik hastalıklar ve oksidatif stres arasındaki muhtemel ilişkilere değinilecektir.

Nöroinflamasyon ve psikiyatrik hastalıklar

Uzm. Dr. Tevfik Kalelioğlu

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Psikiyatrik hastalıkların etyolojisini açıklamaya yönelik genetik faktörlerden çevresel faktörlere kadar uzanan bir spektrumda araştırmalar devam etmektedir. Son yıllarda bu muhtemel etyolojik etkenlere immün sistem disfonksiyonu ve inflamasyonun da katkısı olduğuna dair giderek artan bir literatür oluşmaya başlamıştır.

Yakın zamana kadar immün hücrelerin ve mediyatörlerin sistemik dolaşımdan kan beyin bariyeri(KBB) aracılığıyla santral sinir sistemine(SSS) kısıtlı penetrasyonu, parenkimal lenfatik damarların yokluğu, glial hücrelerin beyinde immün cevabı devam ettirme yeteneğinin olmaması gibi nedenlerle immün olarak ayrıcalıklı kabul edilmekteydi. Aslında, SSS'nin immün ayrıcalığı kavramı göreceli olup, vücutta periferik bağışıklık sistemindeki etkileşimlerle beyindeki immün yanıtın açık bir şekilde ayrılması olarak özetlenebilir. Patolojik koşullarda KBB sitokinlerin çift yönlü olarak akmasına ve SSS'ye hücre penetrasyonunun izin verir. Mikroglia ve astrositler tarafından beyindeki sitokinlerin sentezlenmesine ilaveten, periferde salgılanan sitokinler KBB'den penetrasyon veya uyarı aktarımı yoluyla da SSS'de sitokin üretimini tetikleyebilir. Periferik dolaşımda ölçülerek SSS'nin durumunu yansıtmaya potansiyeli nedeniyle, araştırmacılar özellikle sitokinler gibi belirteçler üzerine odaklanmıştır.

Son yıllarda klinik araştırmalar; immün sistem disfonksiyonu ve inflamasyonun psikiyatrik hastalıkların patofizyolojisinde katkısı olduğuna dair kanıtlar sunmaktadır. İnflamasyon, psikiyatrik hastalıklar ile psikiyatrik hastalarda sık görülen otoimmün, kardiyovasküler ve metabolik hastalıklar gibi tıbbi komorbiditeler arasındaki ortak yolun bir parçası olarak da düşünülmektedir. Benzer şekilde dejeneratif nöropsikiyatrik bozukluklardaki bilişsel bozukluk ile inflamasyon ilişkili olarak bulunmuştur.

İmmün yanıtı aktive etmenin, psikiyatrik bozuklukların etiyolojisinde rol oynayabileceğini gösteren kanıtlar artmaktadır. Bu nedenle, psikiyatrik hastalıklarda immüno-inflamatuvar disfonksiyonun hedeflenebilir bir bileşen olduğu düşünülmektedir. Antidepresanların, antipsikotiklerin ve duygudurum düzenleyicilerinin anti-inflamatuvar ve immün-modülatör etkilerinin yanında, steroid olmayan anti-inflamatuvar ilaçlar, anti-TNF α , anti IL-6, COX inhibitörleri vs. gibi anti-inflamatuvar stratejiler de psikiyatrik bozuklukların tedavisinde muhtemel terapötik bir rol oynayabileceğini düşündürmektedir.

Psikiyatrik bozukluklar için yeni inflamasyon biyo-belirteçlerinin keşfedilmesi, akut alevlenme ve remisyon dönemlerini belirgin bir şekilde tanımlama ve hastalıkların ilerleyişini izleme fırsatı sağlayabilir. Yeni bulguların yeni terapötik stratejiler keşfedebileceği öngörülmektedir.

Not: Kelime sınırı nedeniyle kaynaklara yer verilememiştir

Sosyal kaygı bozukluğu

Prof. Dr. Hatice Özyıldız Güz

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Samsun

Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB) toplumda en sık görülen psikiyatrik hastalıklarından biri olmasına karşın (%6-14), fazla tanınmayan ve tedavi için başvurunun az olduğu, psikiyatrik sınıflamaya diğer hastalıklara göre nispeten daha yeni giren bir hastalıktır. Olguların 1/3'ünün tedaviye yanıt vermediği, tedaviye yanıt veren 1/3 olgularda da tortu belirtilerinin sürdüğü için tedavisi önemlidir.

Stein ve ark.'larının (2010) SAB için tedavi algoritmasını oluşturdukları yayında 8 basamaklı bir algoritma tarif etmişlerdir. Birinci basamakta tanının konulması ve diğer hastalıklardan net bir şekilde ayırt edilmesi gerekmektedir. İkinci basamak komplikasyonları gözden geçirmek ve kullanılacak ilacın bunlara göre seçimine dikkat etmektir. Üçüncü basamakta başlangıç farmakoterapisidir ve burada ilk sırada SSRI'lar gelmektedir. Venlafaksine de ilk sırada yer vermekle birlikte, diğer ilaçların seçiminde yan etkilerin göz önüne alınması gerektiğini bildirmişlerdir. Dördüncü basamakta ilk ilacın tolere edilemediği durumlarda yapılması gerekenler planlanmakta ve buna karar vermek için standardize ölçeklerle hasta takibinin önemine yer verilmektedir. Bir SSRI'yı tolere edemeyen hastanın başka bir SSRI'yı veya SNRI'yı tolere edebileceği, moklobemidinde bazı noktalarda ön plana çıkabileceği vurgulanmaktadır (Örneğin SSRI'ya bağlı gelişen cinsel disfonksiyonda moklobemide geçilmesi gibi). Beşinci basamak optimal doz ve süreye bakılıp bakılmadığıdır. SAB'da 8 haftada tedaviye yanıt alınamayacağı, en az 12 hafta ilacın kullanılması gerektiği ve maksimum doza çıkılması gerektiği bildirilmiştir. Altıncı basamak tedaviye cevap varsa idame tedavinin ne kadar sürdürüleceğidir. Yanıtın olması durumunda en az bir yıl tedavinin sürmesi gerektiği, ilerlemiş hastalarda bu sürenin daha da artabileceği, süreyi azaltmak için Kognitif Davranışçı Terapiye başlanabileceği belirtilmiştir. Yedinci basamak yeniden değerlendirme adını verdikleri bir basamaktır ve burada yanıt alınamayan hastalarda ilk tanının doğru olup olmadığı, eş tanının gözden geçirilmesi, altta medikal bir hastalık varlığının araştırılması gibi konular gündeme gelmektedir. Sekizinci ve son basamak ise dirençli hastalardır ve burada SSRI'ya yanıt vermeyen hastada başka bir SSRI veya SNRI'ya geçilmesi, yine etki sağlanmazsa klasik MAOI'lerinin denenmesi gerektiği bildirilmiştir.

SAB kronik gidişli, tedaviye başvurun geç olduğu, işlev kaybına neden olan bir hastalıktır. Farmakolojik tedavide olumsuz prognoz göstergeleri; başlangıç belirtisinin şiddetli olması, tedaviye geç başvuru, eş tanı olması, aile yüklülüğü, nabız sayısı ve sistolik kan basıncının yüksek olması olarak bildirilmiştir(Dilbaz ve Güz 2006). Hastalar en az 12 ay izlenmeli,

özellikle kişilik bozuklukları varsa ilaç tedavisine psikoterapi eklenmelidir. Antidepresan tedaviye benzodiazepin, beta bloker, antikonvülzan, atipik antipsikotik, veya buspiron eklenmesi dirençli olgularda düşünülebilir. Vagal sinir uyarımı ve peptid mekanizmasına etkili ilaçlarla da deneysel çalışmalar yapılmaktadır (Bandelow 2015).

SAB hastaların tedavisinde tüm yaklaşımları değerlendirmek tedavi başarısını güçlendirecektir.

Anahtar Kelimeler: Sosyal Anksiyete Bozukluğu, tedavi, remisyon

Kaynaklar

1. Bandelow B, Reitt M, Röver C et al.(2015) Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysisInternational Clinical Psychopharmacology, 30:183–192
2. Dilbaz N, Güz H. (2006) Sosyal Anksiyete Bozukluğunun enomenolojisi.Tükel R, Alkın T.(eds)Anksiyete Bozuklukları. Ankara.Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları 185-203
3. Stein DJ, Baldwin DS, Bandelow B et al (2010). A 2010 evidence-based algorithm for the pharmacotherapy of social anxiety disorder. Curr Psychiatry Rep 12:471-477

İstifleme bozukluğu

Uzm. Dr. Çağatay Karşıdağ

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

İstifçilik Hastalığı, bir kişinin işe yaramaz veya sınırlı düzeyde ihtiyacı olan şeyleri biriktirmesi veya atmakta yetersizlik hissetmesi olarak tanımlanabilir. Yiğintılar yaşam alanlarını kısıtlayacak veya kendisi ya da çevresinin sağlığını tehdit edebilecek düzeyde ciddi boyutlarda olabilir. İstifçiliğin görünümleri kompulsif edinme, biriktirme, organize olamamadır. Toplumdaki prevalansı %1 – 6 arasında değişmektedir. OKB içindeki prevalansı ise yaklaşık %30'dur. Prevalans yaş ile artış göstermektedir. Biriktiriciliğin ortalama başlangıç yaşı 13 tür. Tedaviye ortalama geliş yaşı 50 olup, kişiler çoğunlukla bekâr veya yalnız yaşamaktadırlar. İlgörü kısıtlıdır. Hastaların yaklaşık yarısında bir psikiyatrik hastalık saptanmıştır. Eşlik eden bu tanılar arasında OKB nin yanı sıra demans, psikoz ve madde kullanım bozuklukları saptanmıştır. Depresyon ve anksiyete komorbiditesi hayli yüksektir. Herediter geçiş görülme sıklığı %71 saptanmıştır. Tedavisinde farmakoterapi, kognitif davranışçı terapi veya kombine tedaviler kullanılabilir.

OKB tedavisinde güncel psikofarmakolojik yaklaşımlar

Doç. Dr. Erhan Ertekin

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Günümüzde obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tedavisinde birinci sırada önerilen yaklaşım bir seçici serotonin geri alım inhibitörü (SSGİ) ile psikofarmakolojik tedavi ve/veya kognitif davranışçı terapidir (KDT). Hastada SSGİ ile yanıt alınabilen bir ektanı olması durumunda SSGİ'nin tercih edilmesi uygun bulunur. Uygun bir SSGİ denemesine yanıt alınamaması durumunda bir başka SSGİ veya klomipramin seçilebilir. SSGİ'ler ve klomipraminin yüksek dozları OKB için daha etkili bulunmuştur. Bir ilacın etkisiz olduğuna karar vermeden önce ilacın en az 6 hafta kullanılmış olması gerekli görülür. Tedavi rehberlerinde genellikle uygun yanıt alınan ilaca 2 yıl devam edilmesi önerilmektedir.

SSGİ veya klomipramin ile kısmi yanıt durumunda genellikle bir atipik antipsikotik ile güçlendirme tedavisi önerilir. Daha az kanıtı olan diğer seçenekler ise SSGİ'yi onaylı dozun üstünde dozlarda kullanmak ya da SSGİ'ye düşük dozda klomipramin eklemektir.

Bu sunumda SSGİ'ler, klomipramin ve güçlendirmede önde gelen seçenek olan atipik antipsikotiklerin yanı sıra venlafaksin, mirtazapin, stimülanlar ile tedavi; lityum, klonazepam, lamotrijin, ondansetron, n-asetil sistein, memantin, riluzol ile güçlendirme tedavileri gibi daha az çalışılmış olan farklı ilaç seçeneklerinden de söz edilerek OKB'nin psikofarmakolojik tedavisine dair güncel bilgilerin sunulması hedeflenecektir.

Obsesif kompülsif bozukluk tedavisinde bilişsel davranışçı tekniklerin uygulanması

Uzm. Dr. Kadir Ödel

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

Obsesif kompülsif bozukluk kişide rahatsızlık veren girici düşünceler ve sonrasında bu düşüncelerden kurtulmak ya da düşüncelerin işaret ettiği tehlike veya riskleri azaltmak amacıyla kişinin yaptığı davranışlarla karakterize bir ruhsal bozukluktur.

Obsesyonlar kendisini düşünce imge ya da istekler şeklinde kendini gösterir. Bilişsel davranışçı yaklaşım bilindiği üzere psikopatoloji alanında kanıta dayalı uygulamalar arasında ön plana çıkmıştır. Bilişsel davranışçı yaklaşım temelde olayların değil onlara verilen anlamların duygusal zorlanmaya neden olduğunu öne sürer. Obsesif kompülsif bozuklukta önde gelen duygu kaybı olsa da tiksinti ve öfke de sıklıkla ortaya çıkar. Bilişsel davranışçı tedavi uygulanırken bilişsel kısım uygulanırken yine bu anlamlandırma ve yorum kısmına odaklanılır ancak obsesyonun içeriğinden ziyade ikincil değerlendirmeler bu müdahalelerin odağıdır. Davranışçı kısıda ise maruz kalma ve tepki önleme protokolleri uygulanır. Maruz kalma ve tepki önleme protokollerinin etkinliğinin %90'lara kadar ulaşabildiği bildirilmektedir. Bununla birlikte basamaklandırılmış maruz kalma protokollerinin uygulanması da ustalık istemektedir.

Bu panelde bilişsel davranışçı tekniklerin OKB'de uygulanması ve bu süreçte nelere dikkate edilebileceğiyle ilgili konular tartışılacaktır.

OKB’de eştanılar mevcut tedavi pratiğinde ne değiştirir?

Uzm. Dr. Abdulkadir Tabo

Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruha Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

OKB’de komorbid psikiyatrik bozukluk sık görülür. Komorbid durumların varlığı hastalığın klinik seyrini, tedavi yanıtını ve prognozunu etkileyebilir. Tedaviye yanıt alınmadığında I. veya II. Eksen komorbiditesi kuvvetle muhtemeldir.

Klinik ve epidemiyolojik çalışmalar, OKB ve Duygudurum Bozuklukları arasında güçlü bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. OKB’ye eşlik eden en sık bozukluk, M. Depresyondur. Çalışmaların çoğu depresyon komorbiditesi olan ve olmayan OKB’li hastalarda SSRI’ların tedavi yanıtı açısından fark olmadığı bildirmektedir. Oysa ağır depresyon komorbiditesi davranışçı tedavinin prognozunu kötüleştirir. Bipolar Bozukluk komorbiditesi tedavi açısından zorluklar ortaya çıkarır. Çünkü OKB tedavisinde kullanılan antiobsesyonel ilaçlar manik epizodları tetikleyebilir, manik ve depresif atak sayısında artışla ya da kronik depresif bir durumun indüklenmesiyle hastalık zamanla destabilize olabilir. Bu riski ortadan kaldırmak için, antiobsesyonel ilaçlardan önce uygun duygudurum dengeliyicileri kullanmak gerekmektedir. Bipolar ve OKB komorbiditesinde, KDT ve TMS gibi farmakolojik olmayan yaklaşımların yararlı olabileceği bildirilmiştir.

OKB’de anksiyete bozuklukları da sık görülür. Panik Bozukluğu komorbiditesinde, KDT ve SSRI kombinasyonu uygun bir tedavi yaklaşımı olabilir. Yaygın Anksiyete Bozukluğu komorbiditesinde, SSRI’lar her iki bozuklukta da etkilidir. Ancak yeterli klinik cevap alınamayan durumlarda augmentasyonunun yararlı olduğunu gösteren bir çok çalışma mevcuttur. OKB’de PTSD komorbiditesinin, OKB’nin tedavi cevabını negatif olarak etkileyebileceği bildirilmiştir. Tedaviye dirençli OKB’li hastalarda travma öyküsü ve PTSD komorbiditesi daha yüksek bulunmuştur.

Şizofrenide OKB komorbiditesi yüksektir. Şizofrenik hastalarda, obsesif kompulsif semptomların kötü prognoza işaret ettiği düşünülmektedir. Atipik antipsikotiklerle tedavide, obsesif kompulsif belirtilerin ortaya çıkması tedavide zorluklar yaratmaktadır. Aripiprazol monoterapisi ve lamotrijin augmentasyonu ile Y-BOKS skorunda belirgin azalma bildirilmiştir.

Tourette Sendromu ya da Tik Bozukluğunda OKB komorbiditesi sık görülür. Tik Bozukluğunun eşlik ettiği durumlarda, OKB’nin ilaca yanıtının daha kötü olduğu bildirilmiştir.

OKB’de komorbid tanımlar dikkate alınarak tedavi seçimi ve planı yapıldığında, daha iyi bir tedavi cevabı ve klinik seyir görülebilir.

Kaynaklar

1. Pallanti ve ark. Obsessive–compulsive disorder comorbidity:clinical assessment and therapeutic implications. *Frontiers in Psychiatry*. December 2011;(2),70/ 1-11
2. Gershuny ve ark.. Trauma and posttraumaticstress disorder in treatment-resistant obsessive–compulsive disorder. *Depression and Anxiety* 2008; 25, 69–71.

Psödobulber Affekt

Prof. Dr. Ali Çayköylü

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

Psödobulber affekt (PBA), aşırı distres, sıkıntı, mahcubiyet ve sosyal disfonksiyona sebep olabilen, kontrol edilemez, abartılı ve sıklıkla uygunsuz emosyonel patlamalar/kopmalarla karakterize, bir nörolojik emosyonel duyulanım disinhibisyonu sendromudur. PBA sendromu sosyal ve mesleki olarak yeti kaybına yol açabilir ve klinik uygulamalarda büyük oranda tanınma zorluğu bulunur. PBA'yı diğer affektif regülasyon bozukluklarından ayırmak için geçerli enstrümanlar vardır ve bu bozukluğun tanınması için kullanılabilir (1,2,3,4).

PBA sendromunun nöropatolojik ve nörofizyolojik altyapı taşları tam anlaşılabilmiş değildir. Etiyolojisi açık olmamasına rağmen PBA'nın voleanter ve belki de aşırı öğrenilmiş involanter emosyonel dışa vurumu düzenleyen nöral devreler ve nörotransmitterlerin çalışmasını bozan beyin lezyonlarının varlığı ile oluşturulduğu düşünülür(3,4).

Hem sendromlar içi hem sendromlar arası rapor edilen yaygınlık oranlarında önemli farklılıklar vardır.

Son zamanlara kadar, PBA'nın tedavisinde heterosiklik antidepresanlar (amitriptilin, imipramine, desipramin, nortriptilin) ve selektif serotonin geri alım inhibitörleri (fluoxetine, fluvoxamine, citalopram, paroxetine, sertraline) kullanılmaktaydı (5).

Kaynaklar

1. Schiffer R, PopeLE, Review of Pseudobulbar Affect Including a Novel and Potential Therapy J Neuropsychiatry Clin Neurosci 17:4, Fall 2005.
2. Schiffer RB, Herndon RM, Rudick RA, Treatment of Pahologic Laughing and Weeping with Amitriptyline. The new England Journal of medicine. (1985); 312:1480-2.
3. Strowd, R.E., Cartwright, M.S., Okun, M.S. et al. Pseudobulbar affect: prevalence and quality of life impact in movement disorders J Neurol (2010) 257: 1382.
4. Work SS, Colamonico JA, Bradley WG, Kaye RE, Pseudobulbar Affect: an Under-recognized and Under-treated Neurological Disorder Adv Ther (2011) 28(7): 586-601.
5. Minden S, Pseudobulbar Affect (Uncontrolable Laughing and/or Crying) A Clinical Bulltein from the Professional Resource Center of the National Multiple Sclerosis Society, 2012, p:1-5.

ISBD intihar raporu

Prof. Dr. Çiçek Hocaoglu

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

International Society for Bipolar Disorders (ISBD) (Uluslararası Bipolar Bozukluklar Topluluğu) 17 Haziran 1999'da Pittsburgh'da Kurucu Başkan Dr. David Kupfer ve Dr. Ellen Frank tarafından kurulmuştur. Derneğin misyonu, eğitim ve araştırma alanındaki uluslararası işbirliğini teşvik etmektir. Bu işbirliğinin amacı, bipolar bozuklukların tedavisini geliştirmek, bipolar bozukluk tanılı hastaların ve bakım verenlerin yaşam kalitesini iyileştirmektir. Çünkü bipolar bozukluk, özellikle son on yılda toplumun, araştırmacıların, klinisyenlerin dikkatini çeken ciddi yıkıcı sonuçları olan bir ruhsal bozukluk olup, önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir. Derneğin öncelikleri arasında bipolar bozukluk ile ilgili farkındalık yaratıp, eğitim, araştırma konularına ağırlık vermek yer almaktadır. Topluluk, 15 ülkeyi temsilen seçilmiş yönetim kurulu üyeliği ile yaklaşık 60 ülkeyi temsil eden 700'den fazla üyesi mevcuttur. Ayrıca derneğin bipolar bozuklukta özel durumların araştırılması ile ilgili görev grupları da aktif olarak derneğin çalışmalarına katkı sunmaktadırlar. International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide, intihar üzerine çalışmaları yürüten farklı ülkelerden toplam 20 araştırmacının görev aldığı bir topluluk olup, çalışma grubunun ana hedefi, bu alandaki geniş literatürü özetlemek ve yorumlamak ve bipolar bozukluklu hastalardaki intihar davranışına özgü klinisyenler için yararlı bilgiler sağlamaktır. Çünkü, bugün kadar yapılan çalışmalarda bipolar bozukluk tanılı hastalarda intihar girişimi ve tamamlanmış intihar girişimi riskinin, unipolar majör depresyonlu hastalardan daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ancak, bipolar bozukluğun yüksek intihar girişimi ve intihar nedeniyle ölüm riski ile ilişkili olduğu bilinmesine rağmen, bipolar bozuklukta intihar davranış ile ilgili risk faktörleri, koruma ve sağaltım yaklaşımları tam olarak bilinmemektedir. Kanıtlar henüz tamamlanmamış olsa da, intihar düşüncesi olan olgular için yazılı güvenlik planları, intihar düşüncesi için kısa psikolojik müdahaleler, beceri eğitimi, hastaneye yatış ve taburculuk sonrası izlem gibi stratejilerin intihar davranışını önlemede etkili olabileceği düşünülmektedir. Ancak, bu yöntemlerin bipolar bozukluk tanılı olgularda nasıl ve ne şekilde uygulanabileceği net değildir. Bipolar bozukluklu hasta popülasyonu için bu stratejilerin artırılması ve yeni modellerin geliştirilmesinin gerekliliği çok açıktır. Bu nedenle Uluslararası Bipolar Bozukluklar Topluluğu İntihar Üzerine Çalışma Grubu çerçevesinde, 'bipolar bozukluk' ve 'intihar girişimleri' veya 'intihar' anahtar terimleri ile karakterize 1980'den bu yana yayınlanan makalelerin sistematik bir incelemesi yürütülmüş ve analiz için veri çıkarılmıştır. Tüm uygun makaleler demografik ve klinik değişkenler, intihar girişimleri

ve intihar ölümleriyle ilişkili olarak sabit veya rastgele etki modelleri kullanılarak meta analiz uygulanmıştır. Buna göre çalışma grubunun 2015 yılında yayınlanan İntihar Raporuna göre intihar girişimi için en önemli risk faktörleri: kadın cinsiyet, hastalığın erken yaşta başlaması, ilk hastalık öyküsünde bipolar bozukluk depresif dönemin olması, şimdiki veya en yeni dönemin depresif dönem olması, anksiyete bozukluğu eştanısı, herhangi bir eşlik eden madde kullanım bozukluğu, alkol kullanım bozukluğu, herhangi bir yasadışı madde kullanımının olması, eş tanılı borderline kişilik bozukluğu ve birinci derece aile bireylerinde intihar öyküsünün olmasıdır. İntihar girişimleri ile bipolar bozukluk alt tipleri, psikoz öyküsü ve kannabis kullanımı arasında bir ilişki olmadığı sonucu elde edilmiştir. Bipolar bozuklukta tamamlanmış intihar ile erkek cinsiyet ve ailede intihar öyküsünün bulunması arasında güçlü bir ilişki olduğu bu raporda belirtilmiştir. Tamamlanmış intiharlar için psikoz öyküsü ve herhangi bir madde kullanımı arasında net bir ilişki saptanmamıştır. Bu raporun en zayıf yanları nedenselliğe değinmemiş, veri kaynaklarının heterojen olması, korelasyonların doğrudan klinik örneklerle sınırlı olmasıdır. Bununla birlikte, bu rapordan elde edilen sonuçlar, bipolar bozuklukta intiharı anlama, tanıya özgü verileri dahil ederek intihar davranışını önlemede yeni modellerinin geliştirilmesine önemli katkılar sağlayacağı düşüncesini desteklemektedir.

Sonuç olarak, her intiharı önleyebilmek mümkün olmayabilir. Ancak, intiharın önlenilen bir halk sağlığı sorunu olduğu da unutulmamalıdır. Mevcut farmakolojik ve psiko-sosyal girişimlerin intihar sonucu ölüm riskinin yüksek olduğu bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda etkinliğine ait kanıtlar olsa da halen yeterli kanıt düzeyine ulaşıldığı söylenemez. Bu nedenle intihar davranışı açısından bipolar bozukluk tanılı olguların yakından izlenmesinin önemi açıktır.

Kaynaklar

1. Schaffer A, Isometsa ET, Tondo L, et al. International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2015;17:1-16.
2. Schaffer A, Isometsa ET, Azorin JM, et al. A review of factors associated with greater likelihood of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder: part II of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. *Aust N Z J Psychiatry.* 2015;49:1006-1020.
3. Clements C, Morriss R, Jones S, et al. Suicide in bipolar disorder in a national English sample, 1996-2009: frequency, trends and characteristics. *Psychol Med.* 2013;1-10.
4. Bipolar disorder and suicidal behaviour. *Journal of Mood Disorders* 2013;3(Suppl. 1):S20-S22.
5. Carrà G, Bartoli F, Crocamo C, et al. Attempted suicide in people with co-occurring bipolar and substance use disorders: systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2014;167:125-35.
6. <http://www.isbd.org/past-task-forces>

Mikrobiyota ve psikiyatrik hastalıklar

Yrd. Doç. Dr. Alper Evrensel

Üsküdar Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Bağırsak mikrobiyotası ve beyin ilişkisi son yıllarda bilim dünyasının ilgi odağıdır. Bağırsakta yaşayan bakterilerin insan sağlığı ve özellikle nöropsikiyatrik işlevler üzerine etkileri, geçtiğimiz 5 yılda bilim dünyasının ilgi odağı olmuştur. Bağırsak mikrobiyotası ile ilgili onbinden fazla makalenin yarısı son 1 yılda yayımlanmıştır. Beyin ile bağırsak arasında güçlü ve karşılıklı bir ilişki vardır. Bağırsaklarda yaşayan bakteriler bağırsak epiteli ve bağışıklık sistemi hücreleri ile iletişim halindedir. Bu iletişim, pek çok otoimmün, metabolik ve nöropsikiyatrik hastalığa neden olmaktadır. Nöropsikiyatrik bozuklukların anlaşılması ve tedavisinde yeni ufuklar açılmaktadır. Beslenme düzenlemeleri, probiyotikler ve fekal mikrobiyota transplantasyonu (gaita nakli) sayesinde mikrobiyota disbiyozisi restore edilebilir. Nöropsikiyatrik bozuklukların tedavisinde fekal mikrobiyota transplantasyonu umut ışığı olabilir. Gelecekte bağırsak bakteri kompozisyonunun bilinçli şekilde manipüle edilerek nöropsikiyatrik bozuklukların tedavisi ucuz, kolay ve doğal şekilde yapılabilir. Mikrobiyota, bilim insanları için bir “altın madeni”dir ve bu altın madeninden her gün yeni hazineler çıkarılmaktadır. Görünüşe göre mikroorganizma- immün sistem-diet-beyin ilişkisi kısa süre içinde tüm ayrıntılarıyla aydınlanacaktır. Yakın bir gelecekte nöropsikiyatrik bozuklukların tedavisinde “psikomikrobiyotik”ler kullanıma girecektir. Ayrıca ucuz, kolay ve güvenilir bir tedavi yöntemi olan fekal mikrobiyota transplantasyonu yaygınlık kazanacaktır. Bağırsak beyin eksenini, nöropsikiyatrik bozuklukların tam olarak anlaşılmasını ve tedavi edilmesini sağlayacak kayıp bir halka gibi görünmektedir.

İşitsel algı kusurlarından yeni antipsikotiklere giden yol

Uzm. Dr. Aslı Enez Darçın

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı Hastalıkları, İstanbul

Algı kusurları kişinin sosyal ve mesleki işlevselliğini olumsuz etkileyen ve özkıyım ile ilişkilendirilen belirtilerdir. Şizofreni, bipolar bozukluk, sınır kişilik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, Alzheimer hastalığı ve organik mental bozukluklar gibi geniş bir psikiyatrik tanı yelpazesinde bu yıkıcı belirtiler görülebilir. Şizofrenide işitsel algı kusurları vakaların yaklaşık %70'inde olmak üzere oldukça sık görülen bir belirtidir. Algı kusurlarına yaklaşımlar psikoeğitim, ilaç tedavileri, psikososyal yaklaşımlar, psikoterapiler ve transkranial magnetik stimülasyon ya da elektrokonvulsif terapiler gibi bazı somatik tedavileri kapsamaktadır.

Şizofrenide algı kusurlarını azaltan etkin ilaçlar antipsikotiklerdir. İlk kez 1950'lerden itibaren klorpromazinin şizofreni tedavisinde kullanımının başlaması ve 1990'larda bilişsel davranış terapinin gelişimi ile algı kusurları ile çeşitli şekillerde mücadele edilmiştir. Klozapin dirençli algı kusurları olan hastalarda halen en etkili antipsikotik olarak değerlendirilmesine karşın uygun kan klozapin seviyelerinde dahi her hastanın algı kusurları açısından remisyonu yakalayabildiği söylenemez. Klinik uygulamada bu vakalarda çeşitli güçlendirme tedavileri uygulanabilmektedir. Algı kusurlarından muzdarip kişiler için algı kusurlarına ilişkin gelişmeler büyük bir ilgiye neden olmaktadır.

İşitsel algı kusurları ile ilişkili bölgelerin yapısal ve hücresel incelemeleri sonucunda elde edilen veriler mikroRNA gibi kimi genetik yapıların daha düşük yan etki profilleri ile işitsel algı kusurları gibi inatçı ve dirençli belirtiler üzerinde etkili olabilecek yeni antipsikotik tedavilerde hedef bölge olabileceğini göstermektedir. Bu sunumda işitsel algı kusurlarının mekanizması, mevcut ve geliştirilme aşamasında yeni tedavilerin ele alınması ve tartışılması planlanmıştır.

Kaynaklar

- Blom JD and Sommer IEC (eds.). Hallucinations: Research and Practice. NewYork, NY:Springer (2011).
- Chun S, Du F, Westmoreland JJ, Han SB, Wang YD, Eddins D, Bayazitov IT, Devaraju P, Yu J, Mellado Lagarde MM, Anderson K, Zakharenko SS. Thalamic miR-338-3p mediates auditory thalamocortical disruption and its late onset in models of 22q11.2 microdeletion. Nat Med. 2017;23(1):39-48. doi: 10.1038/nm.4240. Epub 2016 Nov 28.
- Kjelby E, Sinkeviciute I, Gjestad R, Kroken RA, Løberg EM, Jørgensen HA et al. Suicidality in schizophrenia spectrum disorders: the relationship to hallucinations and persecutory delusions. Eur.Psychiatry 2015;30; 830–836.doi:10.1016/j.eurpsy.2015.07.003
- Larøi F, Sommer IE, Blom JD, Fernyhough C, Hugdahl K, Johns LC et al. The characteristic features of auditory verbal hallucinations in clinical and nonclinical groups: state-of-the-art overview and future directions. Schizophr.Bull.,2012;38;724–733.doi:10.1093/schbul/sbs061
- McCarthy-Jones S, Marriott M, Knowles R, Rowse G and Thompson AR. What is psychosis? A meta-synthesis of inductive qualitative studies exploring the experience of psychosis. Psychosis(2013). 5,1–16.doi: 10.1080/17522439.2011.647051
- McCarthy-Jones S. Hearing Voices: The Histories, Causes and Meanings of Auditory Verbal Hallucinations. Cambridge: Cambridge University Press (2012).

Normalden Patolojiye Öfke ve Şiddete Yaklaşım

Prof. Dr. Atila Erol

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Sakarya

Öfke doğal ve sağlıklı bir duygudur; sevgi ve korku gibi. Günlük hayatta bu duygular çok sık yaşanmaktadır; öfke başa çıkılması en zor olanıdır denilebilir. Haklı olduğunda, uygun şekilde ifade edildiğinde, ayarında ve yapıcı olduğunda kişileri ve iletişimi geliştirir. Öfke şiddete dönüştüğünde kişinin kendisi ve muhatabı olan insanlar için yıkıcı olur; haklı olduğu konuda bile haksız duruma düşebilir.

Öfke doğaldır fakat her insan bunu farklı yaşar, hisseder ve tepki verir; bu doğal tepki kişilere göre farklılık göstermektedir. Bazı insanlar öfkelerini kolayca dizginleyebilirken bazı insanlar ise öfkelerini kontrol edememektedir ve bu yüzden hem başkalarına hem de kendilerine zarar vermektedirler.

Öfke önemli bir bilgidir, veridir; kırılma, incinme, engellenme, saldırıya maruz kalma, hakların çiğnenmesi, anlaşılma, beklentilerin karşılanmaması durumlarında hissedilir. Hangi konuda, durumda bu duyguya kapıldığımız önemlidir. Öfke duymamıza sebep olan durum ve konu hakkında durup düşünmeyi ve duygularımızı fark etmeyi, tahlil etmeyi başarmak çok önemli bir adımdır. Öfkeyi yok saymak bastırmaya çalışmak ve öfkeyi ertelemek öfkeyi kontrol etmek demek değildir; bastırmaya çalışıldığında bu duygu devam edecektir. Öfkeyi kontrol etmek demek yaşanan öfkeyi yıkıcı olmayan, doğru ve uygun bir şekilde ifade etmek demektir. Uygunsuz tepkileri bastırıp, engelleyip meselenin hakkını verip uygun bir dil ve üslupla ifade edildiğinde öfke kontrolü sağlıklı bir biçimde başarılmış olur. Öfke nedenini tespit etmek; öfkeyi ifade etme şeklini ehlileştirmek, yıkıcı olmayan, kırıcı olmayan yapıcı bir ifade şekli geliştirmek çok önemli adımlardır.

Ergenlik döneminde, erkeklerde ve psikiyatrik hastalığı olanlarda öfke kontrol sorunları daha çok görülmektedir. Ancak psikiyatrik hastalığı olmayanlarda da ciddi öfke kontrol sorunları görülmektedir. Öfke çok sık ve şiddetli olarak yaşanıyor ve sonunda çıkan uygunsuz tepkiler engellenemiyorsa, iş, okul ve aile yaşantısında sorunlara yol açıyorsa profesyonel yardım için başvurmak gerekir.

Şizofreni tedavisinde tedavi kılavuzları ve güncel tedaviler

Uzm. Dr. Ömer Faruk Demirel

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Şizofreni akut dönem semptomları gerilese de yaşam boyu takip ve tedavi gerektiren bir bozukluktur. Şizofreni başlangıç yaşı, ailede hastalık yükü, alkol-madde kötüye kullanımı, çevresel koşullar, aile desteği, ilaç uyumu, hastane yatış sayısı, negatif ve kognitif semptomların şiddeti gibi bir çok faktör ile ilgili olarak farklı prognostik özellikler gösterebilmektedir. Şizofreni tedavisinde yarım asırdan fazla süredir uygulanan tedaviler özellikle ikinci kuşak antipsikotiklerin keşfi ve uygulamalarının artmasıyla boyut değiştirmiştir. Özellikle şizofreninin negatif ve kognitif defisitleri ve birinci kuşak antipsikotikler ile sıkça gözlenen ekstrapiramidal sistem yan etkileri ikinci kuşak antipsikotikler ile azalırken, metabolik sendrom ve kardiyovasküler hastalık risklerindeki artışlar karşımıza çıkmıştır. Bu nedenle tedavi seçiminde ve takibinde bu parametrelerin izlenmesi ve ilaç seçiminde bireysel değerlendirme daha da önem kazanmıştır. Son dönem çalışmalar ise ilaç tedavilerinin yanında sosyal destek, bireysel terapiler, aile terapileri, sosyal beceri eğitimlerinin tedavi başarısında artışla ilişkili bulunduğunu göstermiştir. Özellikle dirençli şizofreni hastası ve klozapin veya depo antipsikotiklerin tedavi programına dahil edilmesinin belirlenmesinde güncel çalışma sonuçları ve tedavi kılavuzları öncülük etmektedir. Bu nedenle sunumumuzda şizofreni tedavisinde literatürdeki tedavi kılavuzları ve güncel tedavilerin derlenmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, Güncel Tedaviler, Tedavi kılavuzları

Şizofrenide eşanlı durumlar ve tedavileri

Doç. Dr. İbrahim EREN

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Konya

Şizofreni hastalarının yarısından fazlası en az bir psikiyatrik bozukluk ile birlikte bulunur. Bunların tanınması ve etkili tedavisi hastaların tedavisinin optimize edilmesi için gereklidir. Şizofreni belirtilerinin ve onunla ilişkili bilişsel bozulmaların tedavisinde ilaçlar ve psikososyal girişimler etkili iken, birlikte bulunan ruhsal bozuklukların belirlenmesi ve tedavisi hala klinik olarak zordur. Şizofreni ile en sık birlikte görülen ruhsal bozukluklar Madde Kullanım Bozukluğu, Depresif Bozukluk, Panik Bozukluğu, Sosyal Fobi, Posttravmatik Stres Bozukluğu ve Obsesif Kompulsif Bozukluktur.

Madde Kullanım bozuklukları şizofreni hastalarında genel toplumdan daha yüksektir. Nikotin dışında ensık kullanılan madde alkoldür, esrar onu takip eder. Madde kullanım bozuklukları tedaviye uyumsuzluk, intihara meyil, hastaneye yatış, evsizlik, şiddet, düşük işlevsellik, HIV, Hepatit C, Hepatit B nin artmış riski ile ilişkilidir. Klozapin tedavisinin madde kullanımını azalttığı, ancak olanzapine, risperidon, aripiprazol, ketiyapinin daha az etkili olduğu görülmektedir.

Şizofreni hastalarında yaşamboyu depresyonun %81 oranına kadar görüldüğü, major depresyonun nokta prevalansının %10-30 aralığında olduğu bildirilmiştir. Depresyon varlığı psikozun relapsı, hastaneye yatış, işlevselliğin kötüleşmesi, düşük yaşam kalitesi ve intihar ile ilişkilidir. Postpsikotik depresyon psikotik belirtiler ortadan kalktıktan sonra ortaya çıkar ve genellikle ilk epizodtan sonra görülür. Şizofrenide depresif belirtiler sıklıkla afektif düzleşme, aloji, avölüsyon, apati, anhedoni ve asosyallik gibi negatif belirtilerle ve sedasyon, akinezi, akatizi, parkinsonizm gibi ilaç yan etkileri ile karıştırılır. Depresif belirtileri negatif belirtilerden ayırmada kullanılacak anahtar özellikler depresif mood, nondelüzyonel suçluluk düşüncesi, ve nörovegetatif belirtilerin varlığı depresyon lehinedir. Buna karşılık düz afekt, mood değişikliği olmadan anhedonik kayıtsızlık negatif belirtiler lehinedir. Çalışmaların çoğunda atipik antipsikotiklerin konvansiyonel antipsikotiklere göre depresif belirtileri daha fazla düzelttiği gösterilmiştir.

Depresif belirtilerin şiddeti ve devamlılığına bakılmalıdır. Psikotik alevlenmeler sırasında ortaya çıkan depresif belirtiler için antipsikotik tedaviler optimize edilmelidir. Psikotik alevlenme olmadan depresif belirtiler devam ediyorsa ya da kötüleşiyorsa o zaman antidepresan ilaç tedavisi ya da EKT düşünülmelidir.

Antipsikotik tedaviye ek antidepresan kullanımı ile ilgili sonuçlarda antidepresan kullanımının etkili olduğunu gösteren çalışmalarla birlikte etkili olmadığını gösteren çalışmalar da vardır.

Şizofreni hastalarının yaklaşık %50'si intihar girişiminde bulunur. Yaşam boyu intihar nedeniyle ölüm oranı %5-10 civarındadır. İntihar prediktörleri daha önce intihar girişimi olması, erken başlangıç yaşı, kötü işlevselliktir. Hastaneden çıktıktan sonraki ilk üç ay, hastalığın erken döneminde ve aktif fazında risk yüksektir. Negatif belirtileri daha baskın olan hastalarda pozitif belirtili hastalara göre risk daha azdır. Madde kullanımı da riski artırabilir. Yeterli antipsikotik tedavi alması temeldir. Klopabin intihar düşüncesini, girişimini ve intiharı birinci kuşak antipsikotiklere kıyasla azaltmada daha etkilidir.

Anksiyete belirtileri psikotik dönemlerde ortaya çıkmışsa paranoya, hezeyana reaksiyon, ve psikozla ilişkili ajitasyondan ayrılmalıdır. Aynı zamanda anksiyete akutuzi gibi antipsikotik ilaç yan etkilerinden, kokain intoksikasyonu ve alkol yoksunluğu gibi maddeye bağılı belirtiler ve depresif bozukluklar gibi diğger komorbid durumlarla da ayrılmalıdır.

Şizofreni hastalarında %45 e varan oranlarda panik atak yaşantılandığı bildirilmiştir. Panik bozukluğu oranları %6-%33 aralığında bildirilmiştir. Şizofreni hastalarında panik ataklar kadınlarda, beyazlarda, evlilerde ve düşük eğitimlilerde daha sık görölme eğilimindedir. Psikoeğitim, bilişsel yapılandırma, ve invivo exposure un olduğı BDT etkilidir. Antidepresanların antipsikotiklere eklenmesinin etkili olduğunu bildiren çalışmalar vardır.

Sosyal fobiSosyal fobi sıklığı %15-%36 oranında görölmektedir. NCS %40 oranında göröldüğü bulunmuştur.şizofreni hastalarında sosyal anksiyete sosyal kaygıdan sosyal fobi seviyelerine kadar farklı seviyelerde görölür. Sosyal kaygıları sosyal fobiden ayırtetmek için kötölük görme korkusundan çok mahçup olma korkusunun olup olmaması önemlidir. BDT grup tedavisinin şizofreni ile birlikte olan sosyal fobide etkili olduğı bildirilmiştir. Sosyal beceri eğitimi ve diğger rehabilitasyon çalışmaları eğitim ve korkulan sosyal durumlara tedrici maruz bırakma birleştirilmelidir. Antipsikotik ilaçlar tek başına etkili değildir

Yaşamboyu travma yaşantısı %85-98 oranında bildirilmiştir, Hastaların yaklaşık yarısında%34-55 oranında çocukluk çağı cinsel ve fiziksel travma bildirilmiştir. Çalışmalar şizofreni hastalarında yüksek oranda PTSD %14-43 bildirmiştir. Travma yaşayan hastalarda %27-66 oranında PTSD gelişmiştir. Çocukluk çağı travması olmak ve daha fazla sayıda travma yaşantısı olmak PTSD gelişmesi için önemli bir prediktördür. Travma yaşayan hastalar yaşamayanlara göre daha fazla anksiyete, depresyon, suisidalite ve disosiyatif belirtiler bildirmektedirler. PTSD varsa daha kötü işlevsellik, madde kullanımı, evsizlik, düşük yaşam kalitesi ve düşük çalışma oranına sahiptir. Şizofreni hastalarına adapte edilmiş BDT etkili. Antidepresan ilaçlar PTSD belirtilerini azaltmaktadır.

Çalışmalarda ayaktan ve yatan şizofreni hastalarında obsesif kompulsif belirtilerin %10-26, OKB nin %4-24 oranında göröldüğünü bildirilmiştir. Klinik olarak obsesyonlar, pre-okupasyon ve delüzyonu ayırtetmek zor olabilir. Klasik olarak delüzyonlar hasta tarafından aktif olarak Kabul edilen, egosintanik sabit yanlış inançlardır, Obsesyonlar egodistoniktir ve patolojik intruzif özelliktedir.

Obsesif kompulsif belirtilerle birlikte olan şizofrenlerin yarısından fazlasında OK belirtiler şizofreni belirtilerinden önce başlar belirtiler klasik OKB ile benzerdir. YBOKS belirtilerin tespiti için kullanılabilir. AP tedavisi tek başına yeterli değildir. Klopabin OKB belirtilerini

arttırabilir. AP tedavi ile birlikte SSRI verilmesi şizofreni hastalarında OKB belirtilerini azaltır. Imipramin, klomipramin, ve fluoksetin alan hastalarda %67 oranında belirtilerde düzelme, %19 oranında psikozda kötüleşme bildirilmiştir. BDT OKB ile birlikte olan şizofrenide etkin olabilirken içgörü ve nörokognitif işlev düzeyi tedavi sonuçlarını etkilemektedir.

Şizofreni ile birlikte bulunan diğer ruhsal hastalıklar eğer onlar değerlendirilmede klinisyen tarafından dikkate alınırsa tespit edilebilir. Bu hastalıkların varlığında duruma uygun psikofarmakolojik ve psikososyal girişimlerin yapılması şizofreni tedavisini olumlu yönde etkileyecektir

Kaynaklar

Lieberman, J. A., Stroup, T. S., & Perkins, D. O. (2012). *Essentials of schizophrenia*. American Psychiatric Pub
Mueser KT, Noordsy DL, Drake RE, et al: Integrated Treatment for Dual Disorders: A Guide to Effective Practice. New York, Guilford, 2003.

Yaşlılıkta bipolar bozukluk tanı ve tedavisinde akılcı yaklaşımlar

Prof. Dr. İsmet Kırpınar

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Yaşlı bipolar hastaların klinik özellikleri ve tedavileri daha genç hastalardan farklılık gösterir. Bipolar bozukluğu olanların %25'ten fazlası yaşlıdır. Dünya nüfusundaki yaş ortalamaları önümüzdeki onyıllar boyunca artacağından geriatrik bipolar hastaların sayısının da artması beklenmektedir (1, 2). Geriatrik bipolar bozukluk tanımı, hem yaşamlarının önceki dönemlerinde bu tanıyı almış yaşlılar, hem de ilk defa geç dönemde hastalananlar için kullanılmaktadır (1).

Bipolar bozukluk gem yaşı hem genç hastalarda majör depresyon, mani ve hipomani dönemleriyle karakterizedir. Ancak bipolar bozukluğun yaşı ve genç hastalarda klinik özellikleri farklılıklar gösterir: 1. Geriatrik hastalarda bilişsel bozulmalar daha sık ve şiddetlidir, 2. Yaşlı hastalarda komorbid medikal hastalıklar daha yaygındır, 3. Manik ve hipomanik hastalardaki aşırı cinsel ilgi ve davranışlar yaşlı hastalarda daha seyrek görünmektedir ve 4. Geriatrik hastalarda komorbid anksiyete ve madde kullanım bozuklukları daha seyrektr (1).

Geç dönem bipolar duygudurum bozukluklarında akut dönemde tedavinin amacı remisyonudur. Remisyona ulaşamayan hastalarda ikinci amaç yanıt almaktır.

Geriatrik bipolar bozukluk hastalarının tedavisi psikiyatrik ve genel tıbbi öykü ile mental durum ve fizik sistemlerin muayenesi ile başlar ve laboratuvar ve görüntüleme çalışmalarına odaklanır. Değerlendirme, duygudurum semptomları ve tedavi gerektiren komorbid bozukluklar (üzerinde yoğunlaşmalıdır. Belirtilerin tipi, şiddeti, komorbid durumlar, destek sistemi, işlevsellik gözöüne alınarak tedavinin ayaktan veya yatarak yapılacağına karar verilmelidir.

Randomize çalışmalar ilaçlara yanıtın yaşı ve genç hastalarda birbirine yakın olduğunu göstermektedir. Geriatrik mani ve bipolar major depresyon tedavisinde sıklıkla iki psikotropun kombinasyonu kullanılmaktadır. İlâveten psikotik belirtili ataklar için genellikle tek başına ya da lityum veya valproatla kombine ketiyapin veya olanzapin gibi bir SGA kullanılmaktadır (3). Genel bir tıbbi duruma sekonder bipolar duygudurum ataklarında ise duygudurum belirtileri ile birlikte altta yatan tıbbi durumun tedavisi yapılmalıdır. Geriatrik bipolar depresyon hastaları ise psikoeğitim gruplarından farmakoterapiye birçok tedavi girişiminden yarar görebilirler.

Özellikle kırılğan ve ilaçları tolere etmede güçlük çeken bu grup hastalarda komorbid hastalıklar, kullanılan diğer ilaçlar ve yaşa bağlı fizyolojik değişiklikler nedeniyle farmakodinami ve farmakokinetik değişebildiği için, farmakoterapide: düşük dozda başlamak, dozu

her 1-7 günde bir küçük miktarlarda artırmak, yan etkilere dikkat etmek ve genel tıbbi komorbiditeyi takip eden diğer klinisyenlerle birlikte izlemek gerekir. Fazla ilaç kullanan yaşlı bipolar hastada ilaç-ilâç etkileşimi riski de yüksektir. Risk dikkatle ele alınmalıdır.

Geriyatrik mani ve hipomaninin farmakolojik tedavisinde çalışmalar ilk sırayı ketiyapin, olanzapin, lityum ve valproata vermektedir. Geriyatrik mani ve hipomani vakaları genellikle birincil sıra bir ilaca veya kombinasyona cevap verir. Ancak 4-8 ilaç denemesine cevap alınamayan vakalarda EKT önerilir. Bipolar major depresyonda ise ketiyapin, lamotrijin, fluoksetin +olanzapin kombinasyonu, lityum ve valproatın her ikisi de ve lurasidon etkin şekilde tedavi edebilir. Dirençli major depresyonda da 3-5 ilaç çalışmasına cevap vermeyen hastalarda EKT kullanılır.

Geriyatrik bipolar bozukluğu olanlarda bir atak yeni bir atak riskini artırdığı için koruyucu tedavi endikedir. 220 bipolar hastasıyla yapılan bir prospektif çalışmada yaklaşık 40 yıllık izlemde yaşamboyu ortalama atak sayısı 10 ve bu riskin 70 yaş ve üstünde de devam ettiği bulundu (4). Bir tedavi rejimine cevap veren akut hastalarda koruyucu tedavi için genellikle aynı ilaçlar-aynı dozda devamı öneriliyor.

Kaynaklar

1. Sajatovic M, Chen P. Geriatric bipolar disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2011; 34:319.
2. Sajatovic M, Blow FC, Ignacio RV, Kales HC. Age-related modifiers of clinical presentation and health service use among veterans with bipolar disorder. *Psychiatr Serv* 2004; 55:1014.
3. American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Bipolar Disorder, Second Edition, 2002.
4. Angst J, Gamma A, Sellaro R, et al. Recurrence of bipolar disorders and major depression. A life-long perspective. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 253:236. 23.

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve bipolar bozukluk ayırıcı tanısı

Doç. Dr. Umut Mert Aksoy¹, Prof. Dr. Bedriye Öncü², Prof. Dr. Lut Tamam³

¹*İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğt. ve Araş. Hastanesi*

Psikiyatri Kliniği, İstanbul

²*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi² Psikiyatri Ana bilim Dalı, Ankara*

³*Çukurova Tıp Fakültesi³ Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Adana*

DEHB ve Bipolar bozukluk birlikteliği belirti görünümünün karmaşıklığı ve tedavi sürecinde zorluklar dolayısıyla klinisyenin tanı ve tedavi becerilerini arttırmayı gerektiren bir kesim alanıdır. Bir çok çalışma bu birliktelikte Bipolar bozukluğun daha erken başladığını (Kent and Craddock, 2003; Wingo and Ghaemi, 2007; Nierenberg ve ark., 2005;) belirtmesine karşılık daha erken başlamadığını belirten çalışmalar da bulunmaktadır. (Tamam ve ark., 2006)

DEHB seyrinde ortaya çıkan Bipolar Bozukluk seyrinde ilk epizodun daha çok depresif nöbet olarak tanılanacağı, daha az semptomsuz dönemin bulunacağı, depresif dönem sayısının daha çok olmasını beklemek literatür ile uyumludur. DEHB nörogelişimsel bir bozukluk olarak Bipolar Bozukluk ile görüldüğünde diğer eş tanıların tabloya eklenmesi olasıdır; bunlar özellikle alkol madde kullanım bozuklukları ve anksiyete bozuklukları yanı sıra ekl bulunan kişilik patolojileridir. Bu görünüm klinisyen için oldukça zorlatıcı bir bulmaca sunar. Eş tanılı hastalar tedaviye daha uyumsuzdurlar, daha düşük eğitim düzeyine sahiptirler ve daha sık yasal sorunlar yaşarlar. Genel anlamda yaşam kalitesinde daha büyük bir bozulma beklenir. (Klassen 2010).

Klinisyenler için zorlayıcı diğer bir alan ise bu birlikteliğin tedavisidir; bipolar bozukluğun geleneksel tedavi yaklaşımları DEHB tanısı birlikteliğinde sonuç vermeyebilir. Klinisyen özellikle depresif dönemlerin tedavisinde atomoksetin ve metilfenidatin kullanımını düşünebilir duygudurum düzenleyicilerin seçiminde dikkat ve bilişsel işlevlere en az etkisi olanları tercih etmeye çalışmalıdır.

Kaynaklar

1. Kent, L., Craddock, N., 2003. Is there a relationship between attention deficit/hyperactivity disorder and bipolar disorder? *J. Affect. Disord.* 73, 211–221.
2. Wingo, A.P., Ghaemi, S.N., 2007. A systematic review of rates and diagnostic validity of comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and bipolar disorder. *J. Clin. Psychiatry.* 68, 1776–1784.
3. Nierenberg, A.A., Miyahara, S., Spencer, T., Wisniewski, S.R., Otto, M.W., Simon, N., Pollack, M.H., Ostacher, M.J., Yan, L., Siegel, R., Sachs, G.S., STEP-BD Investigators, 2005. Clinical and diagnostic implications of lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder: data from the first 1000 STEP-BD participants. *Biol. Psychiatry* 57, 1467–1473
4. Tamam, L., Karaku, G., Ozpoyraz, N., 2008. Comorbidity of adult attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder: prevalence and clinical correlates. *Eur. Arch. Psychiatry. Clin. Neurosci.* 258, 385–393
5. Klassen, L. J., Katzman, M. A., & Chokka, P. (2010). Adult ADHD and its comorbidities, with a focus on bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 124(1), 1-8.

Antipsikotik tedaviler ve şizofrenide tedavi uyumu

Prof. Dr. Meram Can Saka

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

Şizofreni ilaç tedavisinde son 30 yılda seçeneklerimiz belirgin artmış olmakla beraber tedavi sonuçlarında ümit edilen gelişmenin sağlanabilmesi için halen alınacak önemli bir yolumuz bulunmaktadır. Başarılı bir tedavi hedeflerken önümüze çıkan en önemli engellerden biri tedaviye uyum bozukluğudur. Kronik birçok hastalıkta olduğu gibi şizofreni hastalarında da tedaviye uyum belirgin bozuktur; tedaviye uymayan hastaların oranı %40-90 oranında bildirilmektedir. Tedaviye kısmi uyum gösteren hastalar gerek ilaç etkilerinin ve yan etkilerin dalgalanması ile ilgili zorluklar yaşamakta, gerekse hastalık tekrarı riski artmaktadır. Tedaviye uyum bozukluğunun karşısında en önemli seçeneklerimizden biri uzun etkili antipsikotik enjeksiyonlarıdır. Uzun etkili antipsikotikler hem daha az dalgalanan bir plazma düzeyi ile daha kolay bir tedavi vaad etmekte hem de ilaç kullanımının ve kesilmesinin çok daha kolay takip edilebilir hale gelmesini sağlayabilmektedir. Hastalık tekrarının engellenmesinde ve belirti azaltılmasında uzun etkili antipsikotiklerin üstünlüğünü bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Tedaviye uyumu artırmanın en güçlü belirleyicileri olan olumlu, hasta merkezli hasta hekim ilişkisi ve hastanın tedavi ile ilgili sorumluluk almasının sağlanması uzun etkili antipsikotiklere geçişte de, takibin başarısında da önemlidir. Paliperidon ve aripiprazolün de katılması ile uzun etkili antipsikotikler daha geniş bir hasta grubuna hitap eder hale gelmiştir. Uzun etkili antipsikotiklere geçişte uyumu artırmak için oral kullanım ile hastanın tedaviyi tolere ettiğinden emin olmak, tedavi hedeflerini hasta merkezli bir yaklaşımla somutlaştırmaya çalışmak, etki yan etki değişikliklerini kolay yönetebilmek için basamaklı bir geçiş, uzun etkili antipsikotiklerin acil enjeksiyonlardan farklı olduğunun anlatılması ve enjeksiyonun mümkün olduğu kadar rahat şartlarda yapılmasının sağlanması gibi yaklaşımlar kullanılabilir.

Kaynaklar

- De Risio A, Lang AP. History and therapeutic rationale of long acting antipsychotics. Curr Clin Pharmacol. 2014 Feb;9(1):39-52
- Kishi T1, Oya K2, Iwata N2. Long-acting injectable antipsychotics for the prevention of relapse in patients with recent-onset psychotic disorders: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Psychiatry Res. 2016 Dec 30;246:750-755.
- Khan AY1, Salaria S, Ovais M, Ide GD. Depot antipsychotics: Where do we stand? Ann Clin Psychiatry. 2016 Nov;28(4):289-298.
- Marcus SC1, Zummo J, Pettit AR, Stoddard J, Doshi JA. Antipsychotic Adherence and Rehospitalization in Schizophrenia Patients Receiving Oral Versus Long-Acting Injectable Antipsychotics Following Hospital Discharge. J Manag Care Spec Pharm. 2015 Sep;21(9):754-68.

Adli psikiyatrinin incelikleri

Dr. Latif Ruhşat Alpan

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

Bir hukuk olgusunda, kişinin ruhsal incelenmesi isteniyorsa, psikiyatrist bilirkişilik yapar. Psikiyatri uzmanı günlük mesaisi sırasında kendisine başvuran hastaların muayene ve tedavileri dışında sık sık bu "bilirkişilik" görevi ile de karşı karşıya kalır.

Adli Psikiyatride; Psikiyatristlerin karşılaşılabileceği bazı soru ya da sorunlar ve çözüm yolları;

- ** Bir psikiyatrist, bilirkişilik görevi sırasında nelere dikkat etmeli ?
- ** Hekim bilirkişilikten çekilebilir mi?
- ** Bize sorulan bir hukuki soru karşısında, kendimizi yeterli hissetmediğimiz ama adli makamın hemen yanıt istediği durumlarda, adli makamlarla sürtüşmeden bu konuyu nasıl çözebiliriz?
- ** Bilirkişilik görevi sırasında dikkat edilmesi gereken ETİK İLKELER
- ** Adli gözlem ile ilgili etik ilkeler
- ** HASTA MAHREMİYETİ konusunda;

Tedavi için başvurmuş olan hastalarımıza ait kayıtlarla ilgili dikkat edilmesi gereken etik ilkeler

- ** MALPRAKTİS ve psikiyatrideki tıbbi uygulama hataları
- ** Basit taksir, bilinçli taksir nedir ?
- ** Kişiye karşı işlenen cinsel suçların ruh sağlığı bakımından değerlendirilmesi
- ** Cinsel suçun, ruh sağlığı yönünden kendini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı işlenmesi
- ** Cinsel suçun, mağdurun ruh sağlığını bozup bozmadığının değerlendirilmesi
- ** Psikiyatriste yönelik şiddet uygulanması durumunda öneriler
- ** Yasal danışmanlık hangi hallerde önerilmeli
- ** Vasiyetname düzenlemek için başvuranların psikiyatrik değerlendirilmesinde özellikle nelere dikkat etmeli ?
- ** Bipolarların vesayet altına alınmaları gerekir mi?
- ** Bipolarlarda ceza sorumluluğu
- ** Epileptiklerin ceza sorumluluğu
- ** Azaltılmış Ceza sorumluluğu nedir, nasıl değerlendirilir ?
- ** Cumhurbaşkanlığı affı
- ** TCK'nun 34/1 maddesinin değerlendirilmesi
- ** Adli rapor yazarken dikkat edilmesi gereken hususlar

Beden hastalıklarının beyindeki etkileri

Uzm. Dr. Berker Duman

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

Sinir sistemi ile bedensel hastalıkların etkileşimi iki yönlüdür. Bedensel hastalıklar, be-yine etki ederek nöronal işleyişi değiştirebilir; duygu, düşünce ve davranışları etkileyebilir. Psikiyatrik/nörolojik hastalıklar da bedensel hastalıklara yatkınlığı arttırabilir; tedavi yanıtını ve prognozu etkileyebilir. Bu bağlamda bedensel hastalıkların beyin üzerindeki etkilerini anlamak amacıyla, enfeksiyon hastalıklarının etkileri model olarak alınabilir. Ancak otoimmün ve kardiyovasküler hastalıklar ile kanser gibi çok sayıda bedensel hastalıkta da benzer ya da farklı mekanizmalarla beden-beyin etkileşimlerinin olduğu akılda tutulmalıdır.

Bakteriyel ya da viral enfeksiyonların davranışlarımız üzerindeki etkileri iyi bilinmektedir. Çevreye karşı olan ilgi azalır, iştah azalır, kişi çabuk yorulur, çökkün ya da sinirli olabilir, uyku sık bölünür, bellek ve dikkat sorunları gözlenebilir. Bu belirtiler iyi bilinmesine karşın, alandaki araştırmalar sınırlıdır. Enfeksiyon hastalıklarında endokrin, otonom ve davranışsal değişiklikler gözlenir. Bu değişiklikler, immün sistem hücreleri tarafından üretilen medyatörlerle tetiklenir. Bu proinflatuar sitokinlerin en önemlileri IL-1 α , IL-1 β , TNF- α ve IL-6'dır. Bu sitokinler, enfeksiyon etkenine karşı lokal ve sistemik yanıtları düzenlerken aynı zamanda beyine de etki ederek hastalık davranışının ortaya çıkmasını sağlarlar. Bu etkiler, HPA aksı aktivasyonu, monoamin metabolizması değişiklikleri, hasta ötiroid sendromunun tetiklenmesi, glukokortikoid reseptör sinyal iletiminin bozulması ile ortaya çıkabilir. Öte yandan enfeksiyon yokluğunda bile proinflatuar sitokin uygulamasıyla hastalık davranışı gözlenebilir. Sitokinlerle tetiklenen hastalık davranışı ile depresyon belirtileri arasındaki benzerlikler de klinik açıdan oldukça dikkat çekicidir ve son yıllarda önemli araştırma konuları arasında yer almaktadır.

Bedensel hastalıkların beyin üzerindeki etkilerinin tam olarak anlaşılmasıyla, hem fiziksel hastalıkların daha iyi tedavisi mümkün olabilir hem de primer psikiyatrik hastalıkların etiyolojileri de daha iyi anlaşılabilir.

Anahtar kelimeler: hastalık davranışı, immün sistem, sitokinler.

Kaynaklar

1. Dantzer R, Connor JCO, Freund GG, Johnson RW, Kelley KW. From inflammation to sickness and depression : when the immune system subjugates the brain. 2008;9(january). doi:10.1038/nrn2297.
2. Fleshner M, Laudenslager ML. Psychoneuroimmunology: 2004;(1896):114-130. doi:10.1177/1534582304269027.
3. Besedovsky HO, Rey A. Physiology of psychoneuroimmunology : A personal view Physiology of psychoneuroimmunology: A personal view. 2016; (October). doi: 10.1016/j.bbi.2006.09.008.

Serotonin Sendromu

Doç. Dr. Erol Ozan

Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Manisa

Serotonin Sendromu (S.S.), periferik ve merkez sinir sisteminde serotonin düzeylerinin artmasına bağlıdır. Serotonin artışı; serotonin öncüleri ya da agonistlerinde artış, serotonin salıverilmesinde artış ya da serotonin yıkımı veya gerialımında azalmaya bağlı olabilir. Otonomik işlev bozukluğu, artmış nöromuskuler uyarılabilme ve zihinsel durum değişikliği, klasik üçlü belirti kümesidir. Bu belirtiler serotonin toksisitesinin şiddetine göre değişir ve sıklıkla eşzamanlı olarak görülmez. Erken tanısı, uygun resüsitatif önlemleri almak ve durumu kötüleştirebilecek ilaçları kesmek için önemlidir. Depresyon tedavisinde serotonerjik ilaçların kullanımı arttıkça, S.S. görülme sıklığı da artmıştır. Serotonin Sendromuna yol açan ilaçların önde gelenleri sunulacak ve sendromun önlenmesi, tanısı ve nasıl yönetileceği tartışılacaktır.

Onarıcı, koruyucu, önleyici grup uygulamaları; patlama sonrası etkilenenlere yönelik grup terapisi uygulama örneği

Doç. Dr. Ejder Akgün Yıldırım

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

Travma insanlık tarihinin en belirleyici değişkeni, insanın soluk aldığı hava kadar gerçektir. Ruhsal tedavilerin bir disiplin olarak gelişmeye başladığı modern tıbbi yaklaşımda en erken fark edilen ancak görece geç anlaşılan ruhsal sorundur.

Bir ruh sağlığı profesyonelinin özellikle birinci basamak ruh sağlığı açısından mutlaka bilmesi ve ister akut ister kronik dönemde olsun müdahale etmesi gerektiği ruhsal travmada nasıl bir yol izleyeceğini bilmesi önemlidir.

Kişilerin travma ile etkilenmeleri, Karşılaşma, ruhsal etkilenme, ruhsal ve bedensel incinme-yaralanma şeklinde olabilir. Bu durum kişi açısından doğrudan olmasa da bir yakınının etkilenmesi ile olabilir. Etkilenme bazen de uzaktan karşılaşmanın suskun bir travmatik anının tetiklemesi şeklinde olabilir.

Müdahaleler içinde grup terapileri kullanılabilirliği açısından bireysel terapilerden ayrılmaktadır. Bireysel terapilerde grup terapilerinin kullanımı sınırlıdır.

Kitlesel travmalarda ise etkilenen kişilerin sayısının yüksek olması, ortak bir etki, kayıp yaşamaları, karşılaşma düzeyleri farklı olsa da aynı travmatik olay ile karşılaşmış olmaları nedeniyle grup terapisi uygulamaları çok daha önemli ve işlevsel olmaktadır.

Tarama ve bilgilendirmenin olduğu birinci adım, etkilenen grupların ele alındığı ikinci adım ve terapi grupları hızlı ve işe yarar iyileşmeler sağlamaktadır. Ayrıca kitlesel travmalarda ikincil travmatizasyona uğrayanlarda hem koruyucu hem de iyileştirici işlevsel bir yöntemdir.

Burada terörist saldırı sonrası patlama nedeniyle ölmek üzere olan, ağır yaralanan ve diğer yaralı ve etkilenenlere ilk müdahaleyi yapmış hekimler ile yapılan ikinci düzey grup terapisi çalışması basamakları ve deneyimi anlatılacaktır.

Travmada erken dönem yaklaşım ilkeleri: onarıcı, koruyucu, önleyici müdahaleler

Uzm. Dr. Münevver Yıldırım

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Toplumsal olarak yaşanan travmalarda erken dönem müdahaleler gelecekte ortaya çıkabilecek sorunları öngörebilmeyi ve çeşitli derecelerde önleyebilmeyi sağlaması nedeniyle önemlidir. Toplumsal olarak yaşanan travmalardaki müdahaleler.

1. travma öncesi yapılacaklar,
 2. travmanın hemen sonrasında yapılacaklar
 3. travma sonrası akut dönemde yapılacaklar
- olarak sınıflandırılabilir.

Travma öncesi yapılacaklar olası bir travmanın yaşanması durumunda yapılması gerekenlerin planlanmasından oluşmaktadır. Travmanın hemen sonrasında yapılacaklar, yaşamsal ihtiyaçların karşılanıp karşılanmadığı, bedensel yaralanmalar konusunda değerlendirmenin yapılıp yapılmadığı, kronik hastalığı olanların, düzenli ilaç kullananların değerlendirilmesi ilk yapılması gerekenler olarak sıralanabilir. Ruhsal durum değerlendirmesinin daha ayrıntılı yapılması gereken dönem travma sonrasında akut dönem olarak tanımlanabilir.

Bireysel başvuruda yaklaşım: havaalanı patlaması sebebiyle başvuran olguda tedavi aşamaları

Dr. Gizem Dönmezler

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Amaç: Akut stres bozukluğu (ASB) travmaya maruziyet sonrasında ilk bir ay içerisinde ortaya çıkan stres reaksiyonlarını tanımlamaktadır. Bireylerin birçoğunda travmaya maruziyetin hemen ardından travmayla ilişkili belirtiler görülmekle birlikte, prospektif çalışmalar bu belirtilerin genellikle zaman içerisinde yok olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte bu bireylerin bir kısmında travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gelişecektir ve ASB'nun tedavi edilmezse TSSB gelişimi için ön gördürücü olduğu anlaşılmıştır. Son yıllarda ülkemizde artarda yaşanmakta olan travmatik olaylar göz önüne alındığında, ruh sağlığı çalışanları travma ile ilişkili tüm ruhsal bozukluklara her zamankinden daha hazırlıklı olmak durumundadır. Bu olgu sunumunda İstanbul Atatürk Havalimanı katliamı esnasında havalimanında bulunan ve sonrasında ASB belirtileriyle tarafımıza başvurmuş olan hastanın Bakırköy Travma Terapileri Grubu'na ülkemizdeki son terör olayları nedeniyle tanımlanan akut izlemi üzerinden ASB'na yaklaşım ele alınacaktır.

Olgu: 35 yaşında, evli ve 11 yaşında bir oğlu olan hasta, havalimanında yolcu hizmetleri memuru olarak çalışmaktadır. 28 Haziran'da havalimanında gerçekleşen canlı bomba saldırısı esnasında havalimanında bulunan, yara alan, ölüme tanık eden hasta çözülme belirtilerini olay esnasında ve sonrasında yoğun olarak yaşamakta olup, tıbbi tedavisi sonrası 30 Haziran'da tarafımıza başvurdu ve 3 görüşme boyunca izlemi yapıldı. Görüşmelerde terapötik öykü alma, empatik onaylama, belirtiler üzerinden psikoeğitim, güven verici terapist konumu, destek sistemlerinin güçlendirilme müdahaleleri yapıldı. Hastanın belirtilerinin düzelmesi üzerine görüşmeler sonlandırıldı.

Tartışma: ASB'de erken ve doğru müdahaleler belirtilerin düzelmesinde son derece belirleyicidir. Kişinin terapi ve terapistle güveni, belirtileri ile kaos yaşayan kişinin terapötik yöntemler ile bilgilendirilmesi hızlı iyileşmeler açısından belirleyicidir. ASB tanısı konuların daha yüksek olasılıkla TSBB geliştirdikleri ve prognozun daha kötü olduğu pek çok çalışmada gösterilmiştir. ASB'nun yaşam boyu prevelansı belirsiz olmakla birlikte, TSSB için tahmini olarak %7.8 olarak belirlenmiştir. ASB'nun ve TSSB'nun prevelansı, ayrıca ilişkili sıkıntı ve iş görememezlik durumu ile uygun tedavi yaklaşımlarında iyileşme şansı göz önüne alındığında psikiyatristler bu bozukluğu fark etmek ve tedavi etmek konusunda hazırlıklı olmalıdır.

Korku ve anksiyete devresinin nörobiyolojisi

Prof. Dr. Neşe Kocabaşoğlu

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Hipokampus yakınında badem şeklinde bir beyin merkezi olan amigdala duyuşsal ve bilişsel bilgiyi biraraya getirmesine ve daha sonra bir korku cevabı oluşturup oluşturmuyacağını belirlenmesine izin veren önemli anatomik bağlantılara sahiptir. Özellikle korku duygusu ya da hissi, prefrontal korteksin duyguları düzenleyen anahtar bölgeleriyle, yani orbitofrontal korteks ve anterior singulat korteks ile amigdalanın paylaştığı karşılıklı bağlantılar aracılığıyla düzenleniyor olabilir. Ancak korku sadece bir duygu değildir. Korku yanıtı aynı zamanda motor yanıtları da içerebilir. Koşullara ve kişinin mizacına göre bu motor yanıtlar savaşıma, kaçma veya donakalma olabilir. Korkunun motor yanıtları kısmen amigdala ve beyin sapının periakvaduktal gri alanı arasındaki bağlantılar tarafından düzenlenmektedir.

Ayrıca korkuya eşlik eden endokrin yanıtlar da kısmen amigdala ve hipotalamus arasındaki bağlantılar üzerinden HPA aksta ve böylece kortizol düzeylerindeki değişikliklerle ilişkilidir. Bir kişi gerçek, ancak kısa süreli bir tehdit ile karşılaştığında kortizolün hızlı artışı sağ kalımı arttırabilir. Ancak korku yanıtının bu şekilde kronik aktivasyonu koroner arter hastalığı, tip 2 diyabet ve inme riskini de arttırarak tıbbi komorbiditeyi attırır. Korku yanıtı sırasında solunum da değişebilir. Solunum değişiklikleri amigdala ve beyin sapındaki parabrakial nükleus arasındaki bağlantılar aracılık eder. Korkunun neden olduğu savaş/kaç reaksiyonu esnasında solunum hızının artması aslında sağ kalımı artırma amaçlı uyum sağlayıcı bir yanıt olmakla beraber, solunum hızının aşırı artması nefes darlığı, astım alevlenmesi ya da yalancı boğulma hissine yol açabilir.

Beyinde korku yanıtının işlenmesi, amigdalaya giren ve amigdaladan çıkan çok sayıda nöronal bağlantı tarafından düzenlenir. Her bir bağlantı özgül reseptörlerde etki gösteren özgül nörotransmitterleri kullanır. Amigdala içindeki anatomik bağlantıların netleştirilmesi ve bu nöronal devrelere özgül reseptör alt tiplerinin belirlenmesi çalışmaları hala devam etmektedir.

Kaygı ve korku, doğuştan ve şartlandırılmış uyaranların tehlikeli olarak algılanmasıyla ortaya çıkan duyuşsal tepkilerdir. Bir dizi nörokimyasal, nöroendokrin ve davranışsal cevabı tetikleyerek ve potansiyel tehlikelere karşı bireyi uyarak türlerin hayatta kalma konusunda adaptif değeri nedeniyle evrim boyunca korunmuştur. Bununla birlikte, bu reaksiyonlar stres kaynağının olmadığı anlarda bile sabit ve yoğun olduğunda bu, patolojik anksiyete göstergesi olabilir. Kaygı bozuklukları hayat kalitesinde azalmaya neden olur. Önemli bir literatür,

kadınların anksiyete geliştirmeye erkeklerden daha yatkın olabileceğini desteklemektedir. Anksiyete bozuklukları kadınlarda erkeklerden en az iki kat daha fazla ve kadınlarda yaşla birlikte, östrojen E2 sekresyonunun tedrici düşüşüyle sıklık artmaktadır. Örneğin yaygın anksiyete bozukluğu toplumun %5 inde görülmektedir, postmenopozal kadınlarda bu oran iki kat daha fazladır.

Nörobiyolojik düzeyde, kaygı temelinin, hipotalamik-pituiter-adrenal (HPA) eksenini tarafından düzenlenen kavga ve kaçış cevaplarının temel mekanizmasının bozulması olarak düşünülebileceği düşünülmektedir. Bu nedenle, korku ve anksiyete, amigdala, hipotalamus, periakuduktal gri ve hipokampus gibi HPA aksının düzenlenmesine katılan beyin yapılarını içerir. Burada, bu ikinci yapıyı ve yaşam boyunca yeni fonksiyonel nöronlar üretmek için olağanüstü kabiliyetini vurguluyoruz, bu durum yetişkin hipokampal nörogenez olarak adlandırılır.

Kaynaklar

- Charney SD ve ark. Neurobiology of Fear and Anxiety: Contributions of Animal Models to Current Understanding. Neurobiology of Mental Illness. Oxford University Press, 4th Edition, page:549-566, 2013.
- Etkin A. Functional Neuroanatomy of Anxiety: A Neural Circuit Perspective. Curr Topics Behav Neurosci, DOI 10.1007/7854_2009_5, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2009.
- Wright CI, Martis B, McMullin K, Shin LM, Rauch SL (2003) Amygdala and insular responses to emotionally valenced human faces in small animal specific phobia. Biol Psychiatry 54:1067–1076.
- Marques AA ve ark. Gender Differences in the Neurobiology of Anxiety: Focus on Adult Hippocampal Neurogenesis. Hindawi Publishing Corporation, Neural Plasticity. Volume 2016, Article ID 5026713, 14 pages.
- Makovac E ve ark. Neurostructural abnormalities associated with axes of emotion dysregulation in generalized anxiety. NeuroImage: Clinical 10 (2016) 172–181.

Oksitosin ve psikiyatri

Prof. Dr. Tayfun Turan

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Kayseri

Oksitosin emzirme ve doğumdaki rolüyle tanınan nonapeptid bir hormondur. Oksitosin başlıca hipotalamusun paraventriküler (PVN) ve supraoptik (SON) nükleuslarında magnoselüler nöronlarda sentezlenir, posterior hipofize taşıyıcı protein olan nörofizin ile taşınır ve burada salgılanmak üzere depolanır. Oksitosin ile ilgili tek bir reseptör olduğu bilinmektedir. Oksitosin, amigdala dahil olmak üzere limbik sistemdeki reseptörlerine bağlanarak, strese nöroendokrin yanıtı ve anksiyeteyi azaltır. Hayvanlarda fiziksel, psikolojik strese karşı beyin içine ve periferik dolaşıma oksitosin salınır. Beyin içine salınan oksitosin stresle indüklenen hipotalamopitüiter-adrenal (HPA) eksen yanıtını engeller ve amigdaladaki etkisiyle korkuya otonomik yanıtın düzenlenmesini sağlar. Kemirgenlerde, yenidoğanın emme dürtüsüyle yaptığı uyarı oksitosin salınımını uyarırken adrenokortikotrop hormon (ACTH) ve bazal kortizol seviyelerini düşürmektedir.

Oksitosin cinsel işlevler üzerinde de etkilidir. Erkek rodentlerde oksitosin erektile fonksiyon, ejakülasyon ve çiftleşme aktivitelerinde rol oynamaktadır. Dişi ratlarda çiftleşme davranışında özellikle östrojen ile oksitosin arasındaki etkileşimler önemlidir. Plazma oksitosin seviyesinin artışı seksüel uyarılma ve orgazm seviyelerini önemli derecede yükseltir. İntranazal oksitosin inhalasyonu 1 saat içinde oksitosin ve norepinefrin seviyelerini artırır ve mastürbasyon boyunca kişinin seksüel uyarılma algısını artırır. Kadın Seksüel Fonksiyon İndeksi'ndeki ölçütlerden lubrikasyon ve uyarılma ile plazma oksitosin seviyeleri arasında güçlü bağlantı vardır. Plazma oksitosin seviyeleri kadınlarda seksüel uyarılma ve orgazm süresince artış gösterir.

İnsanlarda saldırganlıkla oksitosin arasındaki ilişki hakkında az miktarda bilgi bulunmaktadır. Davranım bozukluğu olan erkeklerde kontrollerden farklı olarak oksitosin reaktif otoantikör seviyeleri daha yüksek bulunmuştur. Çeşitli hayvan modellerinde anksiyete seviyelerinin saldırganlıkla bağlantılı olduğu gösterilmiştir. Oksitosinin anksiyeteyi azaltarak saldırganlık üzerine iyileştirici etki yapabileceği düşünülebilir.

Oksitosin insan davranışı üzerindeki fizyolojik özellikleri nedeniyle çeşitli psikiyatrik hastalıklarda araştırılmıştır. Şimdiye kadar, depresyon, şizofreni, otizm, anksiyete bozuklukları, bipolar bozukluklarda araştırılmıştır. Bu çalışmalar henüz sayıca azdır.

Oksitosinin insanlarda duygudurumun düzenlenmesinde etkili olduğu yönünde bulgular vardır. Oksitosin ACTH ve bazal kortizol seviyelerini düşürerek HPA eksen üzerinden strese yanıtın düzenlenmesinde rol oynamaktadır. Oksitosin seviyelerindeki düzensizliklerin

anksiyete düzeyleri ve depresyonla ilişkili olduğu ileri sürülmektedir. Özellikle doğum sonrası kadınlarda artmış oksitosin seviyeleri ile duygudurumun yükselmesi arasında ilişki olduğu yönünde bulgular mevcuttur. Bazı çalışmalarda majör depresyonu olan insanlarda düşük plazma oksitosin seviyeleri rapor edilmiştir. Hastaların belirttikleri, depresif semptomları da içeren psikolojik distres ile oksitosin seviyeleri arasında negatif ilişki saptanmıştır. Ancak depresyonda oksitosin seviyeleri ile ilgili çalışmalar tutarlı değildir.

Bipolar bozuklukta ise tedavi öncesinde özellikle manik atak döneminde oksitosin sağlıklı kontrol grubundan yüksek olduğu tespit edilmiş ve bu yüksekliğin tedaviye cevap sonrasında da devam ettiği tespit edilmiştir.

Şizofrenide oksitosin sistemindeki işlev bozukluğunu gösteren birçok çalışma vardır. Oksitosinin parenteral verilmesiyle psikotik belirtilerin azaldığı bildirilmiştir. Klozapin, D ve 5-HT reseptörlerine düşük ilgiye sahip olmasına rağmen en güçlü antipsikotiklerden biridir. Klozapin, oksitosin seviyelerini artırır. Oksitosin salınımının artması klozapinin tedavi edici etkilerine aracılık ediyor olabilir. Bu veriler, oksitosinin şizofreni için ilaç olarak kullanılabileceğini düşündürmektedir.

Sosyal Anksiyete Bozukluğu olan hastalarda artmış sosyal anksiyete semptomları ile azalan oksitosin seviyeleri gösterilmiştir. Bazı hayvan çalışmalarında seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin plazma oksitosin seviyelerini arttırdığı tespit edilmiştir. Yaygın anksiyete ve panik bozuklukta oksitosin seviyeleri kontrol gruplarından farksız olarak bulunmuştur.

Otistik hastalardaki bilişsel defisit periferik oksitosin eksikliğiyle ve bunun düzeltilmesiyle bağlantılı bulunmuştur.

Sonuç olarak oksitosin psikiyatrik bozuklukların tanısı ve tedavisi için ümit vaat eden bir hormondur. Şimdiye kadar yapılmış az sayıdaki çalışmaların geliştirilerek devam ettirilmesinde yarar vardır.

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

- 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.
- Green, MF (2006). Cognitive impairment and functional outcome in schizophrenia and bipolar disorder. *"J Clin Psychiatry*, 67: 36-42.
- 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.

Psikiyatri ve yazarlık

Doç. Dr. Levent Mete

İzmir Katip Çelebi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İzmir

Psikiyatr ve aynı zamanda yazarsanız yapılan röportajların bir yerinde mutlaka “Mesleğiniz yazarlığınızı besliyor mu?” diye sorulur. Metinler yazarın hayatından ve yaptıklarından beslenir elbette. Ancak psikiyatrinin herhangi bir meslekten farklı özel bir yeri vardır. İşinizi yaparken kişinin geçmişine, ilişkilerine, düşünce ve duygularına, çevreyi ve hayatı nasıl algıladığına farklı açılardan bakmanız, onu içeriden ve dışarıdan bir gözle tanıyıp anlamanız gerekir. Acıyı, şaşkınlığı, uyumsuzluğu tedavi etmek aynı zamanda çocuksu ya da çarpık yazılmış öyküleri onarıp değiştirmektir. Psikiyatr ve yazar kimliğiyle yaptıklarınız arasında önemli benzerlikler vardır. Birisinde yardım istemek için kapınızı çalan bireye, diğerinde kalabalıklar içinde yüzünü size dönüp anlatacaklarınızı dinlemeye talip olan bireylere konuşursunuz. Her ikisinde de başkalarını ancak kendiniz üzerinden tanıyabilir, isteyerek ve istemeyerek olan bitene kimliğinizle ve tercihlerinizle de katılır, ortaya çıkan sonuca kişisel renginizi verirsiniz. Bu neden soruyu ters çevirip “Yazarlığınız hekimliğinizi besliyor mu?” diye de sorabilir, her iki soruyu “Evet” diye yanıtlatabilirsiniz. Ancak burada kontrolsüz bir geçirgenlikten söz edilmediği unutulmamalıdır. Her iki alanda da başarılı ürünler ortaya koymak için estetik ve etik değerleri gözetmeniz, ne zaman ne kadar yazar ne kadar psikiyatr olacağınızı sürekli denetlemeniz gerekir. Uygun ve dengeli bir etkileşim oluşturulduğunda ortaya çıkacak sonuç olabilecek en verimli mesleki birleşimlerden birisidir.

Emeklilik ve yas

Prof. Dr. Abdülkadir Çevik

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

İnsan yaşamının sosyal hayat gerçeği içinde yaşayıp geçirmek zorunda olduğu değişik evreler vardır. Bu evreler belirli bir stres yaşanmadan atlatılmaz. Gelişimsel olarak çocukluktan başlayarak anne memesinden ayrılmadan normal yemek yemeyi beceremeyiz. Okula başlarken anneden ayrılmadan dünyamızı ve çevremizi genişletemeyiz, büyüyemeyiz. Ergenlikte kimlik sorunu ve kimlik krizi, genç erişkinin evlilik ve nasıl bir eşle hayatını devam ettireceği sorunu, keza nasıl bir kariyer yapacağı sorununu aşmak zorunluluğu vardır. Erişkinlerin ise çocuk yetiştirme ev taksidini ödeme veya kira sorunu varken yaşlı erişkinlerin evden ayrılacak çocuklarıyla ilgili sorunlar yanı sıra emeklilikle ilgili sorunlarla yüz yüze kalma durumundadırlar. Bunların yanı sıra başa çıkılması gereken bazı hastalıklar ölüm ve yas sorunuyla karşı karşıyadırlar.

Bu gelişimsel işlerin tümü birer yaşam krizidir. Bu stresli yaşantılar bir değişim ve büyüme için olgunlaşmamız için yaşanması gereken streslerdir. Ancak yaş aldıkça değişim genellikle kazanç değil kayıp doğrultusunda olur.

Yaşlandıkça yalnızca bedensel olarak hareketlerimizde yavaşlamakla kalmayız, sağlıkla ilgili kayıplar, keza bedensel enerji, canlılık dinçlikte kaybedilmeye başlar. Gençliğin diriliği ve güzelliği kaybolurken erkek kadın ayrımı da yavaş yavaş ortadan kalkar.

Emeklilik yalnızca çalışma hayatından oradaki arkadaşlık ilişkilerinden ayrılmak ve işin kaybedilmesi değildir. Bunun yanı sıra aylık kazancın azalması finansal güvenlikte de endişelerin artmasına yol açar.

Kaybedilen eski çalışma ortamı ve arkadaşlık ilişkilerinin boşluğu ve yeni oluşturulmaya ve alışılmaya çalışılan çevreye uyum sorunları emeklinin yüzleşmek zorunda olduğu sorunlardır. Bunların dışında belleğimiz ile ilgili zayıflıklar, unutkanlıklar, sexüel performansın azalması gibi kayıplarda yas sürecinin yaşanmasını tetikler.

Hayatta var olduğumuz sürece yaşam boyu bu gelişimsel süreçlerle karşılaşmamız kaçınılmazdır. Emeklilikte bu süreçlerden biridir. Bu süreçler bedenimizi, duygularımızı, aklımızı zorlar ve strese sokar. Özellikle bedensel görüntüye aşırı önem verip yatırım yapmış olanlar bu bedensel değişikliklere karşı aşırı duyarlı olurken bunları bir problem haline getirebilirler.

*A.Ü.Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Dissosiasyon nedir? Ne değildir? Nasıl tanınır?

Yrd. Doç. Dr. Eylem Özten

Üsküdar Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Dissosiasyon, bellek, kimlik ve bilincin olağan bütünleştirici işlevlerinde bozulma olması ile karakterize bir durumdur. Dissosiasyon travma sırasındaki dehşetin, kişinin sıkıntısının katastrofik deneyimlerinin izole edilmesini sağlayan bir mekanizmadır. İşlevsel bir mekanizmadan çok kişinin yaşamının travmatik içerik barındıran zamanlarında da devreye girmektedir. İlk Pierre Janet tarafından tanımlanmış olup, Steinberg; amnezi, depersonalizasyon, derealizasyon, kimlik konfüzyonu ve kimlik değişimi beş temel dissosiasyon tanımlamıştır. DSM-5'te de Dissosiyatif bozukluklarda bazı değişiklikler yapılmıştır. Bunlardan başlıcaları; DSM-IV'te Depersonalizasyon bozukluğu zaten derelizasyon belirtileri içermekle birlikte DSM-5'te Depersonalizasyon Bozukluğunun ismi Depersonalizasyon/Derealizasyon Bozukluğu olarak değiştirilmiştir. DSM-IV'te Dissosiyatif amnezi ve Dissosiyatif füğ iki ayrı bozukluk olarak tanımlanmışken, dissosiyatif füğ zaten amnezi ile birlikte görüldüğünden dolayı DSM-5'te Dissosiyatif füğ, dissosiyatif amnezinin bir belirleyicisi olarak belirtilmiştir. DSM-5'te Dissosiyatif kimlik bozukluğunda A tanı ölçütünde kimlikler arasındaki geçişin kişinin ifade etmesi ya da çevresi tarafından gözlenmesi koşulu konmuş, B tanı ölçütünde ise sıradan unutkanlıkla açıklanamayacak şekilde anımsanan olaylarda boşluklara değinilmiştir.

Çocukluk çağı travmaları ve son zamanlarda erken travmatik yaşantıların santral sinir sisteminin gelişimini etkileyerek dissosiyatif belirtilerin ortaya çıkardığına yönelik faktörlerin araştırılması, beyin görüntüleme çalışmaları da devam etmektedir.

Dissosiyatif bozukluk tanısı almadan da panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, bipolar bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu gibi bir çok psikiyatrik hastalığa dissosiyatif semptomların eşlik edebildiği, bu durumun prognozu kötüleştirdiğine yönelik çalışmalar bulunmakta olup, araştırmaya açık bir alan olarak da karşımıza çıkmaktadır.

Dissosiyatif bozukluklarda farmakoterapi dışındaki terapiler

Doç. Dr. Bahadır Bakım

Yeni Yüzyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Dissosiyatif bozukluk terapisi kişilik durumlarını tanıyıp kabullenen, bunların ayrılmasına yol açan ruhsal süreçleri tersine çevirmeyi hedefleyen, yaşanan travma üzerinde çalışan bir psikoterapidir. Dengelenme, travmatik yanıtların ele alınması ve bütünleşme aşamaları vardır.

Tedavi süreci güven ilişkisinin sağlanması ile başlanmakta, sonrasında tanıyı koyup hastayla paylaşmak, her bir kişilik durumu ile iletişim kurulması, kontrat yapmak, öyküyü toplamak, her kişilik durumunun sorunları ile çalışmak, iç iletişimi geliştirmek, resolusyon (çözüm)/birleştirmeyi gerçekleştirmek, yeni davranışlar ve başetme becerileri geliştirmek, iletişim ağları oluşturma, sosyal destek sistemlerini kullanmak ve kazanımları güçlendirip izleme sürecine girme gerçekleşmektedir. Bütünleşme sağlandıktan sonra, psikopatoloji bir kişilik bozukluğu ya da travma sonrası stres bozukluğu gibi komorbidite ile devam edebileceğinden bunlara yönelik gerekli terapiler yapılmalıdır. bütünleşme sonrası daha çok strateji ve sorun çözmeye odaklı eğitimsel ve destekleyici yönde çalışılır. Terapilerde cinsellik, stresle başa çıkma, çalışma, ilişkiler ve genel kişilerarası sorunlar konuşulabilir.

Obsesif kompulsif bozukluk-bipolar bozukluk komorbiditesinde tedavi

Yrd. Doç. Dr. Oğuz Tan

Üsküdar Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve bipolar afektif bozukluk (BAB) tedavisi, psikiyatri pratiğinin en zorlayıcı alanlarından biridir. Çünkü OKB tedavisinde kullanılan ilaçlar manik epizotları tetikleyerek hastalık döngüsünün hızlanmasına yol açarlar. Söz konusu komorbiditede, birincil önemin duygudurumu epizotlarının önlenmesine verilmesi önerilmiştir, klinisyenlerin eğilimi de bu yöndedir. Ancak hiçbir mizaç düzenleyici veya antipsikotik, OKB’de tek başına etkili değildir. Bilişsel davranışçı psikoterapi (BDT) ise, serotonin geri alım engelleyicisi (SSRI) kullanmayan OKB hastalarının ancak yarısında yararlıdır. Randomize kontrollü çalışmalarda çalışmalarda SSRI’larla kombine olarak olan-zapın gibi atipik antipsikotikler, topiramat, lamotrijin, memantin, klonazepam denenmiş ve etkili bulunmuştur. Yatarak uzun süreli BDT iyi bir seçenek olabilir. Transkanyal manyetik uyartım tedavisinin OKB’de kullanımını destekleyen kanıtlar artmaktadır. Nöroşirürjikal yöntemlerin güvenli hale gelmesi, psikoşirürjiyi yeniden gündeme getirmiştir.

Transkranyal manyetik uyarım tedavisi

Yrd. Doç. Dr. Oğuz Tan

Üsküdar Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Psikiyatride son 20 yıldır tekrarlayıcı transkranyal manyetik uyarım (tTMU) tedavisinin üzerinde çok durulmaktadır. TMU aksonda depolarizasyon ve hiperpolarizasyon sağlayarak sinir sistemini modüle eder. Beyinde hızla değişen bir elektromanyetik alan yaratır, bu yolla, cihazın bobininin (coil) tatbik edildiği beyin bölgesinin altında bir elektrik akımını indükler. tTMU'nun depresyonda etkili olduğu çok sayıda kontrollü çalışmada ortaya konmuştur. Depresyonda alınan iyi sonuçlar, bu yöntemin diğer psikiyatrik hastalıklarda da araştırılmasına yol açmıştır. tTMU'nun iki özelliği, tedavide yeni ufuklar açabileceğini düşündürmüştür: 1) tTMU beyin spesifik bölgelerinin fokal olarak uyarılabilmesi mümkündür, 2) tTMU düşük frekanslı (1 Hz veya altında) uygulandığında nöronal dokuyu inhibe edici, yüksek frekanslı (1 Hz üzerinde) uygulandığında aktive edici etki gösterir;²² yani aynı makinayla birbirine zıt etkiler oluşturulabilir. Bu sunumda tTMU'nun bipolar bozukluk ve OKB'deki kullanımı üzerinde durulmuştur. Pubmed, EBSCOhost, OvidLWW, Web of Science veritabanlarında “bipolar disorder”, “obsessive-compulsive disorder” ve “transcranial magnetic stimulation” terimleri girilerek tarama yapılmıştır. Bipolar bozukluğun depresif, manik ve karma epizotlarına ve idame tedavisinde uygulandığı çalışmalarda uyarım yeri genellikle sağ veya sol dorsolateral prefrontal korteks, frekans yüksek veya düşük frekanslıdır. Depresif epizotta yapılmış çalışmalar daha fazla ve sonuçlar daha başarılıdır. OKB'de bilateral olarak dorsolateral bölgelere, suplemanter motor alana ve orbitofrontal kortekse yapılan uyarım ümit vaat etmektedir. Ancak gerek bipolar bozukluk gerekse OKB'de çalışma sayısı az, çalışma tasarımları ve tedavi parametreleri heterojen, örneklem küçüktür.

Sağlık kurulu raporları ve incelikleri

Uzm. Dr. Mecit Çalışkan

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri İdari ve Eğitim Sorumlusu, İstanbul

Sağlık Kurulu; tek tabibin yetkisi dışında kalan hususlar veya mevzuatta Sağlık Kurulu raporunun öngörüldüğü hallerde kişilerin sağlık durumları hakkında karar vermeye yetkili organlardır.

Tam teşekküllü hastanelerde 6 branştan oluşur. Bunlar Psikiyatri, Nöroloji, Dahiliye, Cerrahi, Göz ve KBB'dir. Tam teşekküllü olmayan hastanelerde 3 uzman tabibin imzası ile de sağlık raporu düzenlenir. Ancak özürölüler için yukarıda sayılan branşlara ek olarak Ortopedi ve Fizik Tedavi uzmanı eklenir.

Mevzuatımızda Sağlık Kurulu raporları için çeşitlilik mevcuttur. İlgili Devlet Kurumlarından, mahkemelerden, özel sigorta şirketleri dahil olmak üzere bir çok kurum ve kuruluş sağlık kurulu raporu düzenlenmesi için kişileri yönlendirmektedirler. Bir çok kurum işe alacakları kişilerden de tam teşekküllü hastanelerden rapor talep etmektedirler.

Bütün bu raporlar düzenlenirken, raporun istenme nedenine bağlı olarak muayeneler yapılır. Bazı branşlarla bilhassa ilgili ise etiyolojik nedenlere bile girilebilir. Ancak özürölülükle ilgili raporlarda önemli olan özrün fonksiyonel olarak yetiyitimi neden olan hususların belirtilerek, yönetmelikte belirlenen yüzde oranlarının verilmesidir.

Raporlarda kişi ile ilgili kimlik bilgilerinin mutlaka ayrıntılı olarak yazılması, kişiye ait geçmiş hastalıklarla ilgili belge ve bilgilerin temini ve kullanılması karar alınmasını kolaylaştıracaktır.

Sağlık Kurulu raporlarına imza atan hekimler verilen karardan sorumlulardır. Bu nedenle özellikli vakaların kurulda tartışılması ve ortak bir karar alınması gerekir. Kararlar genellikle oy birliği ile alınır. Oy çokluğu ile alınan kararlar nadir olmakla birlikte, ileride adli mercilere konu olur.

Adli olgularda rapor düzenlemenin incelikleri

Doç. Dr. Fatih Öncü

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

Hekimin ya da birden fazla hekimden oluşan bir kurulun, bir kişinin sağlığı, bedeni veya ruhsal durumu hakkında düzenlediği yazılı sonuç bildirisine tıbbi rapor adı verilir. Rapor düzenlenerek muayene edilen, incelenen kişi ya da materyal hakkında hekimin elde ettiği sonucun bir kişiye ya da yetkili bir yere bildirim yapılar. Rapor güvenilir ve önemli bir yazılı belgedir. İnsan sağlığı, bedeni ya da ruhsal durumu hakkında tıbbi rapor vermeye sadece hekimler yetkilidir¹.

Raporlar düzenleme ve kullanım amaçlarına göre isimlendirilirler.

1. İdari raporlar
2. Adli raporlar
3. Bilimsel laboratuvar raporları

Psikiyatrlar, klinik ya da başka tip mesleki uygulamalarda sıkça ortaya çıkan klinik ve hukuki konuları yönetebilmelidir. Etkin bir mesleki uygulama için psikiyatri uygulamasının hukuki düzenlemeleriyle ilgili bilgi, psikiyatri hekimine gereklidir. Psikiyatri ve hukukun yolu bir çok yerde kesişir. Adli yönden bilgili bir hekim, psikiyatri hukuk etkileşimleriyle başa çıkma konusunda en iyi durumda olacaktır².

Psikiyatrların çalışmalarında değerlendirmeleri gereken dört etik ilke vardır: özerkliğe saygı, yararlılık, zarar vermeme ve adalet ilkesi. Bu ilkeler zaman zaman birbirleriyle çeliştiğinden dolayı bunların nasıl dengeleneceği ile ilgili kararlar almak gerekir. Adli psikiyatri uygulamalarında da bu etik ilkeler ve yasal talepler arasında denge iyi kurulmalıdır. Kişiyi zarar vermeden (önce zarar verme:primum non nocere) adli psikiyatrik uygulama yapılmalıdır^{3,4}.

Adli psikiyatrik uygulamada psikiyatr gerçek için sarf etmelidir ve dolayısıyla adaletin gelişmesine yardımcı olmalıdır. Bunu yaparken tamamen objektif olmaya gayret etmelidir³.

Adli psikiyatrik başvurular değişik sebeplerle olabilir. Şüpheli ya da sanığın değerlendirilmesi, mağdurun değerlendirilmesi, alkol-madde kullanımı ya da bağımlılığı olup olmadığının değerlendirilmesi, toplum açısından tehlikelilik olup olmadığının değerlendirilmesi istenebilir. Bunların dışında mahkeme kararı gereğince tedavi amacıyla da kişiler gönderilebilir^{5,6}.

Adli psikiyatrik uygulamalarda rapor düzenlenmesi diğer tıbbi branşlardan farklılık göstermektedir. Psikiyatrik muayenelerin birkaç kez yapılması, kişinin yakınları ile görüşmeler, laboratuvar incelemeleri, psikolojik testler, konsültasyonlar gerekebileceğinden tanı ve tıbbi kanaat süreci zaman alabilir. Bu incelemeler ayaktan yapılabileceği gibi bazen de yatırılarak

yapılır. Ancak acil başvurularda kesin tanı ve tıbbi kanaat için yeterli koşullar ve zaman genellikle olmaz. İdari olarak da psikiyatrik rapor düzenleme süreçleri çoğunlukla sağlık kurulu raporu şeklinde olduğundan acil birimler bu tür durumlar için acil psikiyatrik durumun değerlendirilmesi ve önrapor ya da geçici durum bildirir rapor düzenlendiği yerlerdir^{5,6}.

Bu sunumda mahkemeler ya da savcılıklar aracılığıyla gönderilen adli olguların değerlendirilmelerinin nasıl yapılacağı yasal ve pratik uygulamalar açısından ele alınarak derlenmiştir.

Kaynaklar

1. Aykaç M. Adli Tıp Ders Kitabı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Rektörlük No: 3483, Fakülte No: 170, İstanbul, Çeliker Matbaacılık; 1987; 446-49.
2. Simon RI. Psikiyatride klinik ve yasal konular. Etik ve Adli Psikiyatri, (Çev. Sercan M, Tunalı D), Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry'de (Çev Eds. Aydın H, Bozkurt A). Güneş Kitabevi, Ankara, 2007, Cilt 4, s. 3969.
3. Lubit RH, Ladds B, Eth S. Psikiyatride etik. (Çev. Öncü F, Canbek Ö), Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry'de (Çev Eds. Aydın H, Bozkurt A). Güneş Kitabevi, Ankara, 2007, Cilt 4, s. 3988-4002.
4. Türkcen AS. Adli Psikiyatride Etik Sorunlar. Uygur N (Ed.) Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu'nda. Güncellenmiş 2. Baskı, Türkiye Psikiyatri Derneği, Ankara, Tuna Matbaacılık; 2014; 234-50.
5. Soysal H. Adli Psikiyatri, Güncellenmiş Basım. İstanbul: Özgür Yayınları; 2012.
6. Öncü F, Sercan M. Ceza Hukukunda Adli Psikiyatri, Ceza Sorumluluğunun Belirlenmesi. Uygur N (Ed.) Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu'nda. Güncellenmiş 2. Baskı, Türkiye Psikiyatri Derneği, Ankara, Tuna Matbaacılık; 2014;40-72.

Karma karışık depresyon

Doç. Dr. Kürşat Altınbaş

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

Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın son sürümü DSM-5'te karma belirtilerin tüm depresyonlarda gidiş belirleyicisi olarak tanımlanması bazı tartışmaları da beraberinde getirmiştir. Klinisyenler ve araştırmacıların pek çoğu, sınıflamadaki bu değişikliğin, antidepresan kullanımı, tedavi yanıtı, manik kayma, tek uçlu depresyondan iki uçlu bozukluğa geçiş gibi önemli konularda tedavi uygulamalarını nasıl etkileyeceği konusunda tartışmalar yürütmektedirler. Karma belirtilerin hastalığın gidişini olumsuz etkilemesi, bu hastalarda eş hastalanım oranlarının daha yüksek olması ve işlevsellikteki bozulmanın karma belirti yaşamayan hastalara oranla daha fazla olması konunun önemini artırmaktadır. Bunun yanı sıra, yapılan araştırmalar depresyon döneminde (hipo)manik belirtilerin hastaların yarısından fazlasında bulunduğu ve bu hastalarda manik kaymanın daha sık görüldüğüne ve izlemde özellikle ilk beş yıl iki uçlu bozukluğa dönüşüm oranlarının daha yüksek olduğuna işaret etmektedir. Özellikle depresyon belirtilerine eşlik eden, uyku ihtiyacında azalma, enerji ve etkinlik artışının manik kayma ve iki uçlu bozukluk dönüşümünün öngörücüsü olabileceği düşünülmektedir. Ancak halen gerek tek uçlu gerekse iki uçlu depresyonda (hipo)manik belirtiler varlığında hangi tedavi seçeneklerinin tercih edileceği, tedavi seçeneklerinin klinik seyir ve sonlanım üzerine etkilerine ilişkin veriler oldukça kısıtlıdır. Karma belirtili depresyonun hastalığın farklı bir alt grubu mu yoksa aynı hastalığın daha şiddetli bir formu mu olduğu görüşleri de diğer tartışma alanlarıdır. Uygun örneklemde uygun değerlendirme araçları ile yapılacak uzun soluklu klinik izlem çalışmaları kuşkusuz bu sorulara yanıtlar bulmamıza olanak sağlayarak; hastalığın ortaya çıkışıyla ilişkili etkenleri saptamamıza ve uygun tedavi seçeneklerinin belirlenmesine fırsat sağlayacaktır.

Kaynaklar

- Altınbaş K, Ozerdem A, Prieto ML ve ark. (2014) A multinational study to pilot the modified Hypomania Checklist (mHCL) in the assessment of mixed depression. *J Affect Disord.* 152-154:478-82.
- Angst J, Azorin JM, Bowden CL ve ark. (2011) Prevalence and characteristics of undiagnosed bipolar disorders in patients with a major depressive episode: the BRIDGE study. *Arch Gen Psychiatry* 68(8):791-798.
- Frye MA, Helleman G, McElroy SL ve ark. (2009) Correlates of treatment-emergent mania associated with antidepressant treatment in bipolar depression. *Am J Psychiatry* 166(2):164-72.
- Koukopoulos A, Sani G. (2014) DSM-5 criteria for depression with mixed features: a farewell to mixed depression. *Acta Psychiatr Scand* 129: 4-16.

Karma karışık mizaç ve duygu düzenleme

Yrd. Doç. Dr. Halil İbrahim Taş

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

Duygu düzenleme, bireyin amacına ulaşabilmek için duygusal tepkilerini izleyebilme, kontrol edebilme, değerlendirebilme ve değiştirebilme yeteneğidir. Sosyal öğrenme, yaşam olayları ve biyolojik süreçlerden etkilenir. Depresif bozuklukta olumsuz duyguların düzenlenemediği ve depresyon tedavisi için duygu düzensizliğinin hedef alınması gerektiği bildirilmektedir. Duygu düzenleme bozukluğu başta kişilik bozuklukları ve depresyon olmak üzere birçok psikopatoloji oluşumunda anahtar rol oynamaktadır. Mizaç, kişilik ve karakter birbirine karışabilen fakat ayrı kavramlardır. Mizaç, davranış ve duygu durumu belirleyen duygusal uyarana verilen, otomatik yanıtlardır. Kalıtım ile geçip yaşam boyunca çok az değişikliğe uğrayabilir. Karakter ise çevre ve yetiştirilme tarzıyla değişebilen öğrenilmiş tutumlardır. Kişilik ise genetik geçişli mizaç ile sonradan öğrenilmiş karakterin birleşiminden oluşur. Mizaç ile ilgili yapılan çalışmalarda farklı kuramlar ortaya konmuştur. Akiskal ve arkadaşları beş temel mizaç özelliği belirlemiştir. Yapılan çalışmalar, mizaç ve kişilik özelliklerinin psikopatolojinin bir öncüsü olup kalıtsal olarak aktarıldığını desteklemektedir. Genel olarak bipolar bozukluk ile ilişkili mizaç tipleri hipertimik ve siklotimik mizaçlar olup, depresif bozukluklar ile depresif ve endişeli mizaç tiplerinin ilişkili olduğu bilinmektedir. Ayrıca bazı mizaç özelliklerinin psikopatolojide prognoz ve işlevsellik düzeylerini etkilediği birçok araştırma ile sınanmıştır. Özellikle depresyonda karma gidiş özelliğinin prognozu olumsuz etkilediği ve takip eden süreçte bir kısım hastanın iki uçlu bozukluğa dönüşümün öngördürücüsü olduğu düşünülmektedir. Depresyonda karma gidiş özelliği gösteren kişilerde mizaç özellikleri ve duygu düzenleme güçlükleri ile ilgili çalışmalar olmayıp belirtilerin benzerliği açısından unipolar depresyon, iki uçlu bozukluk veya sınırda kişilik bozukluk tanılarındaki mizaç ve duygu düzenleme güçlüğündeki örüntülerin kesişim kümesinde olabilir. Karma belirtili depresyonda uygun örneklem ve ölçüm araçları ile yapılacak olan uzunlamasına çalışmalar ile mizaç özellikleri ve duygu düzenleme güçlüklerinin belirlenmesi hem gidiş ve prognozu, hem de tedavi seçeneklerinin tekrar gözden geçirilmesi açısından yararlı olacaktır.

Kaynaklar

- Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1993). Self-perpetuating properties of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 339-349.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. "Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan çev. yay. yön. Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara (2014).
- Akiskal HS, Mallya G. Criteria for the "soft" bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bull* 1987;23(1):68-73.
- Kesebir, Sermin, et al. "Bipolar bozuklukta mizaç ile klinik özelliklerin ilişkisi." *Türk Psikiyatri Derg* 16.3 (2005): 164-169.
- Mendlowicz MV, Akiskal HS, Kelsoe JR ve ark. Temperament in the clinical differentiation of depressed bipolar and unipolar major depressive patients. *J Affect Disord*, 2005;84: 219-223.

Aile içi şiddete bilissel davranışçı yaklaşımlar

Uzm. Dr. Yasir Şafak

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

Aile içi şiddet başta ülkemizde olmak üzere birçok ülkede son dönemlerde artış göstermektedir. Müdahale edilmediği sürece ilişkideki şiddet sıklıkla devam etmektedir. Bu nedenle aile içi şiddete yönelik müdahaleler önem kazanmaktadır. Aile içi şiddet için 3 ana müdahale şekli vardır: Yasal, toplumsal ve terapötik. Terapötik yaklaşımlar üzerinde en fazla çalışılmış olanı ise bilişsel ve davranışçı terapilerdir. Her tür terapötik müdahalenin temel amacı şiddetin ortadan kaldırılmasıdır. Aile içi şiddet içeren bir ilişkide, şiddet uygulayan kişi mağduru suçlamak ve kontrol altına almak için hem fiziksel, hem de fiziksel olmayan istismar biçimlerini kullanır. Bu türden bir şiddet kullanımının etkileri mağdurun düşüncelerine, duygularına ve davranışlarına yansır: Kendi değerlerinden (düşünceleri) şüphe etmeye başlar, depresif ve anksiyöz (duygular) hisseder ve kendisi de şiddete meyleder veya ilişkiden ve dünyadan tamamen çekilir (davranışlar). Aile içi şiddet için bilişsel-davranışçı terapi (BDT) yaklaşımları, şiddetin sorumlu tutulduğu bir dizi inanç veya davranışsal özellik olduğu varsayımına dayanır. BDT'nin amacı, şiddet uygulayan kişinin çatışma çözümü için şiddet seçiminden sorumlu nitelik veya karakteristiklerini keşfetmek ve değiştirmektir. BDT şiddeti öğrenilen bir davranış olarak ele alır ve bu davranışı değiştirmeye çalışır. Bazı BDT prosedürleri şiddetin duygusal bileşenlerini (kıskançlık veya empati gibi) de göz önüne alır; bu nedenle yalnızca yaklaşımlarında davranışsal değildir. Terapinin odağı, şiddet gösteren bireyin geçmişi, güncel deneyimleri, düşünceleri ve davranışları üzerinedir. Tipik olarak, terapötik müdahaleler, insan davranışının bilişsel-davranışsal kavramlaştırmalarına dayanarak tasarlanmıştır. Şiddet gösteren kişiye uygulanan BDT müdahaleleri gibi şiddet mağduru için de BDT mevcuttur. Mağdur için terapi, şiddet gösteren kişinin tedavisi ile eşzamanlı veya terapiden bağımsız olarak yürütülebilir. Mağdur için BDT, şiddet tarafından yaratılan duygusal hasarı düzeltmeye ve mağduru güçlendirmeye çalışır ve böylece kendisinin ilişkinin sürdürülebilirliği ile ilgili kişisel bir karar vermesini sağlar. Genel olarak, kaygı ve depresyonun azaltılması, post-travmatik stres bozukluğundan kaynaklanan semptomların düzeltilmesi, benlik saygısının artırılması ve sürdürülmesi ve atılganlık ve problem çözme becerilerinin geliştirilmesi veya güçlendirilmesi için bilişsel-davranışsal yaklaşımlar kullanılır.

Kaynaklar

- Gilligan, S. (1997) *The courage to love: Principles and practices of self-relations psychotherapy*. New York: W. W. Norton & Company.
- Smedslund, G., Dalsbø, T. K., Steiro, A., Winsvold, A. and Clench-Aas J. (2011) 'Cognitive behavioural therapy for men who physically abuse their female partner', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD006048. DOI: 10.1002/14651858.CD006048.pub2
- Babcock, J. C., Green, C. E. and Robie, C. (2004) 'Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment', *Clinical Psychology Review*, 23, 1023–1053

Şema perspektifinden aile içi şiddete yaklaşım

Uzm. Dr. Ayşe Gökçen Gündoğmuş

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

Şema Terapi (ŞT), Young tarafından kişilik bozukluğu ve diğer terapi yöntemlerine az yanıt veren davranış problemlerine yönelik olarak geliştirilmiş, bilişsel, davranışçı, psikodinamik, bağlanma ve gestalt modeli bakış açılarını bütünleştiren bir psikoterapi formudur. ŞT'nin temel kavramlarından biri olan erken dönem uyumsuz şemalar (EMS), gelişimin erken dönemlerinde başlayan, çocukluk veya ergenlik boyunca gelişen, yaşam boyunca tekrarlanan ve karmaşıklaşan kendilik yıkıcı duygusal ve bilişsel örüntülerdir.¹ Çocukluklarında kötü muameleyle maruz kalan bireylerin kendileri ve diğerleri ile ilgili daha fazla uyumsuz şemalarının olduğu, bu şema çarpıtmalarının erişkin ilişkilerinde şiddeti kabullenmede aracı etkisi bulunduğu saptanmıştır.² Çocukluk çağı istismar veya ihmal ile erişkin yakın ilişkilerinde şiddete maruz kalma ya da şiddet uygulama davranışı arasındaki ilişkide EMS'nin aracı rolü ve şematerapinin bu alandaki etkisine dair çalışmalar mevcut olup şiddet mağduriyetini en çok Ayrılma ve Reddedilme şema alanının yordayabildiği saptanmıştır.³⁻⁵ Bu şema alanı güvenlik, istikrar, bakım, empati, duyguların paylaşımı, kabul ve saygı gibi evrensel ihtiyaçların karşılanmamasıyla ilgili şemaları içermektedir. Mevcut şemalar çiftin etkileşimini adeta filtreden geçirir ve ani duygusal durumlara neden olurlar. Üstelik bireyler aynı şemaları etkinleştirip sürdüren eşler seçebilmekte (şema kimyası) ve ardından şema teslimi, şema kaçınması ve şema aşırı telafisi yollarıyla kendilerine ya da ilişkilerine karşı algılanan tehdide yönelik uyumsuz tehlike yanıtları vererek şemalarıyla başetmeye çalışmaktadırlar.⁶experiential and psychodynamic therapies in order to help people with long term mental health problems including personality disorders and chronic depression. Schema therapy suggests that many negative cognitive conditions are based on past experiences, and therefore provides models for challenging and modifying negative thoughts and behaviours in order to provoke change. In this book, Jeffrey Young, Eshkol Rafaeli, and David Bernstein - pioneers of the schema therapy approach - indicate the 30 distinctive features of schema therapy, and how the method fits into the broader CBT Spectrum. Divided into two sections The Distinctive Theoretical Features of Schema Therapy and The Distinctive Practical Features of Schema Therapy,

this book will provide a concise introduction for those new to the technique, as well as a discussion of how it differs from the other cognitive behavioural therapies for those experienced in the field”--Provided by publisher. pt. 1. Theoretical Points -- 1. Universal core emotional needs -- 2. Early maladaptive schema development as a consequence of unmet needs -- 3. A taxonomy of early maladaptive schemas -- 4. Coping styles and responses -- 5. Coping styles: Surrender responses -- 6. Coping styles: Avoidant responses -- 7. Coping styles: Overcompensation responses -- 8. Schema modes as states (the state vs. trait distinction Sonuç olarak temel duygusal ihtiyaçlar yine karşılanamamakta ve şemalar varlıklarını sürdürmeye devam etmektedirler. Erişkin yakın ilişkilerinde şiddet mağduru ya da uygulayıcısı olmak konusunda etkili faktörlerden birisi olarak mevcut şema boyut ve alanlarının saptanması, durumun anlaşılması ve etkileşim döngüsünün tanımlanarak değişime dair müdahale planlanması konusundaki bilgileri artıracaktır. Bireylerin EMS’lerinin iyileşmesinde ve güvenli bağlar kurmalarında kilit role sahip yakın ilişkilerde, ŞT yaklaşımı eşlerin ilişki içerisinde sağlıklı, uyumlu baş etme stratejileri ve modları yaratmalarını sağlamak için şemalarla bağlantılı temel duygulara erişerek yeniden işlemlerine bilişsel, deneysel stratejiler ve davranışsal örüntü kırma yöntemleri kullanarak yardımcı olabilmektedir.

Kaynaklar

- 1.Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishar, M. E. *Schema therapy: A practitioner's guide*. (New York: Guilford Press., 2003).
- 2.Ponce, A. N., Williams, M. K. & Allen, G. J. Experience of maltreatment as a child and acceptance of violence in adult intimate relationships: mediating effects of distortions in cognitive schemas. *Violence Vict.* **19**, 97–108 (2004).
- 3.Gay, L. E., Harding, H. G., Jackson, J. L., Burns, E. E. & Baker, B. D. Attachment style and early maladaptive schemas as mediators of the relationship between childhood emotional abuse and intimate partner violence. *J. Aggress. Maltreatment Trauma* **22**, 408–424 (2013).
- 4.Calvete, E., Estévez, A. & Corral, S. Intimate partner violence and depressive symptoms in women: Cognitive schemas as moderators and mediators. *Behav. Res. Ther.* **45**, 791–804 (2007).
- 5.Atmaca, S. & Gençöz, T. Exploring revictimization process among Turkish women: The role of early maladaptive schemas on the link between child abuse and partner violence. *Child Abus. Negl.* **52**, 85–93 (2016).
- 6.Rafaeli, E., Bernstein, D. P. & Young, J. E. *Schema therapy : Distinctive features*. (Routledge, 2011).

Aile içi şiddete aile terapisi ile yaklaşım

Uzm. Dr. Süheyla Doğan Bulut

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

Aile içi şiddete yönelik 1980’li yıllarda sistemik aile terapistlerinin yaklaşımı feminist çevrelerce ve pek çok aile terapisti tarafınca tepki ile karşılanmış ve şiddetin görüldüğü ailelerde çift terapisi uygulamaları kontraendike kabul edilmiştir.

Aile içi şiddette, şiddet uygulayan erkek gruplarına yönelik “Duluth model” psikoeğitim müdahaleleri ve bireysel ve/veya grup bilişsel davranışçı yaklaşımlar uygulanmaktadır. Şiddete uğrayan kadın ve çocuklarına yönelik destekleyici bireysel ve grup müdahaleleri yapılmaktadır. Her ne kadar Duluth model ve bilişsel-davranışçı yaklaşım müdahaleleri şiddetin olduğu ailelerde etkili müdahale yöntemleri olsa da, son yıllarda yapılan araştırmalarda bu yöntemlerin aile içi şiddette ancak %5’lik bir azalma sağladığı bildirilmektedir (Babcock ve ark., 2004; Kelly ve Johnson, 2008).

Şiddet tipoloji sınıflandırmalarında eş şiddetinin iki türü olduğu belirtilmektedir. Bunlar güç ve kontrolü şiddete başvurarak elinde tutmaya çalışanlar (patriarkal terörizm) ile ilişki içindeki iletişim sorunları ve stresörlerin çözüme kavuşturulması amacıyla şiddetin uygulandığı durumsal çift şiddeti yaşayanlardır (Johnson 1995; Kelly ve Johnson, 2008). Son zamanlarda yapılan araştırmalarda çift terapisinin iletişim problemleri nedeniyle durumsal çift şiddeti yaşayanlarda etkili bir ek tedavi modeli olabileceği bildirilmektedir (Armanti ve Babcock, 2016).

Bu panelde ev içi eş şiddetinin olduğu çiftlerle yapılan araştırmalar ve faydalı bulunan çift terapi teknikleri sunulacaktır.

Adli tıp bakışı ile adli psikiyatri

Prof. Dr. Faruk Aşıcioğlu

İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Adli Tıp Uzmanı & Tıbbi Biyoloji Bilim Dalı, İstanbul

Adli Psikiyatri hukuki çatışmaların çözümünde psikiyatri ve adli tıbbi verilerin ortaklaşa kullanımı ile yargıya bilirkişilik boyutunda yardımcı olan bir bilim dalıdır. Bu nedenle uzmanın sadece psikiyatri uzmanlık alanı ile sınırlı bilgi ve deneyime sahip olması yeterli olmayıp ciddi anlamda hukuki bilgiye haiz olması ve adli tıbbi yaklaşımı bilmesi gereklidir. Adli psikiyatri uzmanının sadece psikoz, psikonöroz, zeka geriliği tanısı koyabilme bilgi ve becerisine sahip olması yetmez, bu hastalık tanılarının ve hastalıkların ağırlık derecelerinin adli olgulardaki anlam ve mahiyetini kavraması, konulan tanının standart adli psikiyatri uygulamasındaki karşılığını biliyor olması gerekir.

Adli Psikiyatri uzmanı özellikle cezai ve hukuki ehliyet, farik mümeyyizlik, ahlaki re-daet, madde bağımlılığı ve iptila, evlilik ve butlanı, yasal kısıtlılık hali, yasal danışman atanması gibi konularda olmak üzere insanın bedeni, akli ve ruhsal yapısının etkilenebileceği her durumda bilirkişî görüşü verebileceğinden bu alanlarda temel hukuki ve adli tıbbi bilgiye mutlak olarak sahip olmalıdır. Bahsedilen temel bilgi birikiminden daha önemlisi ise bu tür vakaları görerek yıllar içerisinde elde edilebilen deneyimdir.

Örneğin, bir adam öldürme suçunun faili olan bir bireyin adli psikiyatrik değerlendirme-sinde suçun nev'i ve işleniş tarzı, failin suçu işlemeye olan motivasyonu, işlediği suçu işleme ve bu suçuna karşı kendini savunma mantığı, suç öncesindeki, suçun işlendiği esnadaki ve sonrasındaki tutum ve davranışları, failin tıbbi ve kriminal antesedanı, olay hakkındaki sanık ve sanık ifadeleri birlikte değerlendirilerek kanaate varılmalıdır. Varılan kanaatin adli makama aktarılması da ayrı bir maharet ve denetim isteyen bir husustur. Burada dikkat edilmesi gereken en temel yaklaşım adli psikiyatrik kanaatin mümkün olunan ölçüde tıbbi terimlerden kaçınarak, basit bir anlatımla, hekim olmayanlar tarafından anlaşılacak ifadeler ile nakledilmesidir.

Adli psikiyatri uygulamalarında çocuk suçları

Doç. Dr. Ömer Akil Özer

Şişli Hamidiye Eftal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

Hukuki açıdan ve evrensel olarak 18 yaşını doldurmamış birey “çocuk” olarak tanımlanır. Çocuğun doğduğu andan itibaren 18 yaşına kadar maruz kaldıkları veya işledikleri suçlar çocuk ve ergen adli raporların konusu olmakta, bu raporlar adli tıp uzmanları, çocuk psikiyatristleri ve çoğu zaman da erişkin psikiyatristlerinden istenmektedir. Suç, kişisel alanı aşırıp kamusal alana giren ve yasak olan kural ya da yasaları çiğneyen, buna bağlı olarak meşru cezaların uygulandığı ve kamusal otoritenin (devlet ya da yerel kuruluşun) müdahalesini gerektiren fiillerdir. dünyadaki hukuk sistemlerinin en temel ilkelerinden birisi, ‘kanunsuz suç ve ceza olmaz’ prensibidir. Bu açıdan konu ceza hukukunu ilgilendirmekte ve yasalar çocukları 15–18, 12–15 ve 12 yaş altı olarak ayrı gruplarda değerlendirmektedir.

Çocuk suçluluğu alanında suç işleyen çocuktan ziyade, suça itilen çocuk deyişinin kullanılması benimsenmiştir. Çünkü söz konusu olan, henüz kişiliğinin oluşumu önemli ölçüde tamamlanmamış, toplumsallaşma sürecindeki gençtir ve yargılananın amacı çocukların temel haklarının ve güvenliklerinin korunması ve gereksinimlerinin karşılanması, bedensel ve ruhsal sağlıklarının geliştirilmesidir.

Çocuk suçluluğunu yetişkinlik dönemindeki işlenen suçlardan ayıran en önemli özellik, bu dönemin gelişiminde problemlili evre ya da geçiş evresi olarak adlandırılan ergenlik dönemine rastlamasıdır. Türk hukukunda, kişinin 11 yaşından sonra farik-mümeyyizlikten (yaptığı eylemin ve verdiği kararın farkında ve bilincinde olma durumu) yada yeni tabirle; “hukuki sonuçları algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneği”, 15 yaşına kadar olan dönemde raporlandırılması hukuken zorunludur, 15–18 yaş arası TCK yönünden değerlendirilir, ceza indirimi yasaca düzenlenmiştir. 12 yaş altındaki çocukların ceza sorumluluğu yoktur. BM çocuk hakları Pekin sözleşmesi 4. Maddesi; “ceza sorumluluğunun alt sınırını belirleyen sistemler açısından, bu sınır çocuğun duygusal, zihinsel, entelektüel olgunluğa ulaştığı yaşın altında tutulmamalıdır” der. Buna rağmen bu sınır ülkelere göre büyük farklılıklar gösterebilmektedir.

Mağduriyet açısından en sık karşılaşılan konu cinsel suçlar olup, zihinsel olarak işlenen suçun ahlaki kötülüğünün farkında olup olmadıkları ve buna karşı direnme yetilerinin olup olmadığı sorulmaktadır ki bunlar cezayı ağırlaştırıcı nedenlerdir.

Klinik değerlendirmeye Adli değerlendirme arasında bazı farklar bulunmakta ve bu farklılıklar hem tedavi odaklı düşünen ve eğitim görmüş olan psikiyatri hekimini zorlamakta hem de etik birtakım kaygıları ortaya çıkarabilmektedir. *Uygulamada* Hasta-Hekim ilişkisi ve tedavi odaklı eğitim görmüş olan Psikiyatri Hekimiyle, Adli Tıp uzmanının raporları arasında farklılıklar ortaya çıkabilmektedir.

Kaynaklar

- 1- Tufan AE,Sercan M.Çocuk ve Ergenlerde Adli Psikiyatri Uygulamaları,Adli Psikiyatri Uygulama Klavuzu,Güncellenmiş 2.Baskı,(Ed.NiyaziUygur):203-217,Ankara,Türkiye Psikiyatri Derneği,2014
- 2- Louis J. Kraus, Christopher R. Thomas, The Committee on Quality Issues (CQI) journal of the american academy of child & adolescent psychiatry,volume 50,number 12,december2011,1299-1311
- 3- Ceza Sorumluluğunun Değerlendirilmesi Rehberi, 2010, <http://www.edb.adalet.gov.tr>

Travmatik beyin hasarında nöropsikolojik değerlendirme ve bilişsel rehabilitasyon

Psk. Gönül Ateş

Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin Hasarı Kliniği, Ankara

Beyin hasarı gibi beyin fonksiyonlarının etkilendiği durumlarda hastalarda fiziksel yetersizliğin yanı sıra bilişsel yetersizlikler de ortaya çıkmaktadır. Bilişsel süreçler oryantasyon, algı, dikkat (odaklanmış, bölünmüş ve sürekli dikkat), bellek (kısa ve uzun süreli bellek, otobiyografik bellek), görsel-uzaysal yetenekler (uzaysal alanın taranması ve hedef uyarıcıların bulunması), muhakeme, genelleyebilme, soyut düşünme, planlama, lisan v.b. işlevleri kapsamaktadır.

Bilişsel yetersizlikler erken dönemde konfüzyon, disoryantasyon ve farkındalıkta azalma şeklinde daha belirgin; ilerleyen süreçte dikkatini odaklayamama ya da sürdürüme, yeni bilgileri belleğe kaydedememe ya da kaydedilmiş bilgileri geri getirememe, dil ve iletişim bozuklukları, soyut düşünememe ve problem çözememe sorunları olarak kendini göstermektedir.

Beyin hasarına bağlı olarak gelişen bilişsel yetersizlikler hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitelerini ciddi düzeyde olumsuz yönde etkilemektedir. Öyle ki birçok hastada bilişsel yetersizlikten kaynaklanan zorluklar fiziksel zorlukların önüne geçmektedir. Bu yüzden hastanın yaşam kalitesinin artırılması, toplumsal entegrasyonun sağlanması sadece fiziksel rehabilitasyona değil aynı zamanda bilişsel (kognitif ya da nöropsikolojik) rehabilitasyona da bağlıdır. Ayrıca fiziksel rehabilitasyonun etkinliğinin artırılmasında da bilişsel rehabilitasyon son derece önemlidir.

Bunun için öncelikle bilişsel yetersizliklerin değerlendirilmesi (nöropsikolojik testler, davranışsal gözlemler, hasta yakınlarından ve tedavi ekibinden alınan detaylı bilgiler yoluyla), sonrasında tespit edilen bilişsel yetersizliklere yönelik bilişsel rehabilitasyon programına başlanması gerekmektedir. Uygulanan rehabilitasyon programı hastanın varolan ihtiyaçlarına ve yetersizliklerine göre değişiklik göstermektedir. Bu program oluşturulurken hastanın eğitim durumu, dahil olduğu sosyo-kültürel altyapı, fiziksel kapasitesi, lezyon yeri ve pre-morbid süreçteki bilişsel durumu gözönünde tutulmalıdır. Bilişsel rehabilitasyon uygulamaları süreklilik ve sebat gerektirmektedir.

Obezite cerrahisi ve psikiyatri

Yrd. Doç. Dr. Güzin Sevinçer

İstanbul Gelişim Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul

Obezite günümüzde dünyada, özellikle gelişmiş ülkelerde en önemli sağlık problemi haline gelmiştir. Obezite cerrahisi de buna paralel olarak ülkemizde ve dünyada son on yıl içerisinde giderek popüler hale gelen ve daha çok tercih edilmeye başlayan bir obezite tedavi yöntemidir. Obezite cerrahisi ile hastalar hızlı kilo verebilmekte ve obeziteye eşlik eden hastalıklarda da düzelmenin beraberinde gelmesi ile obezite cerrahisi uygulanan hasta sayısı her geçen gün artmaktadır.

Gerek obezite gerekse obezite cerrahisi psikiyatri ve psikososyal değişkenlerle karşılıklı ilişki içindedir. Obezitenin kendisi psikolojik problemlere yol açtığı gibi pek çok psikolojik ve psikiyatrik problemin obezite sebebi olduğu artık bilinmektedir. Obezite kişinin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin düşmesiyle de yakından ilişkilidir. Mesela vücut kitle indeksi (VKİ) yüksekliği ile fiziksel kısıtlılık ve yorgunluk arasında ilişki olduğunu gösteren pek çok çalışma mevcuttur. Aynı zamanda bu kişilerde beden imajlarından memnuniyetsizlik, evliliklerinde mutsuzluk, cinsel yaşamlarında güçlük gibi psikososyal problemlere de normal kilolu bireylere göre daha sık rastlanmaktadır.

Obezite cerrahisi maddi ve manevi zorlayıcı bir süreçtir, hedef genellikle fazla kilonun verilmesi ve daha sağlıklı bir yaşam tarzına kavuşmaktır. Ancak altta yatan psikiyatrik problemler göz ardı edilirse ameliyat sonrası dönemde özellikle 2. yıldan sonra geri kilo alımları başlamakta ve kişinin son şans olarak gördüğü bu müdahalenin de “başarısızlıkla” sonuçlanması ciddi yaşam problemlerine yol açmaktadır. Cerrahi işlemin başarısının ne ile ölçüleceği üzerine yapılan tartışmalar, artık sadece kilo vermenin tek başına bir kriter olmadığını, hastaların psikiyatrik ve psikososyal durumu ile yaşam kalitesindeki iyilik hallerinin başarının değerlendirilmesinde önemli bir kriter olduğunu göstermektedir. Ameliyat öncesi ve sonrasında psikiyatrik değerlendirme ile sorunlu psikososyal faktörlerin ve psikiyatrik durumların tespit edilmesi ve bu problemli alanların tedavisi veya düzeltilmesi hastanın cerrahiden elde edeceği faydayı arttırmaktadır. Problemli alan tespit edildiğinde yapılacak müdahaleler; farmakolojik girişimler, psiko-eğitim, cerrahi sonrası potansiyel engelleri ele almak için psikoterapi, beslenme danışmanlığı, cerrahi sonrası yakın izlem ve obezite cerrahisi destek grubuna katılıma teşvik gibi yöntemlerden biri veya daha fazlası olabilir.

Anahtar Kelimeler: Obezite Cerrahisi, Psikiyatri

Kaynaklar

- 1- Susan L. McElroy, David B. Allison, and George A. Bray, Obesity and Mental Disorders. Taylor&Francis Group, 2006.
- 2- Wadden TA. Wilson T. Stunkard AJ. Berkowitz RI. Obesity and Associated Eating Disorders: A Guide for Mental Health Professionals Psychiatric Clinics of North America - Volume 28, Number 1

SÖZLÜ BİLDİRİLER

PANİK BOZUKLUĞU TANILI HASTALARDA İNFLAMATUAR MARKERLAR

Nermin Gündüz¹, Özge Timur², Erkal Erzincan³, Ümit Tural⁴

¹Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği

²Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği

³Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Psikiyatri Kliniği

⁴Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Giriş: Panik bozukluğu (PB); tekrarlayan ve beklenmedik anlarda ortaya çıkan panik ataklarıyla seyrederek, hastalar sonraki ataklarla ilgili beklenti endişesi yaşayıp kaçınma davranışı sergileyebilirler (1). Depresif bozukluklar ve inflamasyon ilişkisinin literatürde sıkça çalışıldığı (2), anksiyete bozuklukları ve inflamasyon arasındaki ilişkiyi araştıran çok az araştırma bulunduğu dikkat çekmektedir. Yapılan çalışmalarda anksiyete belirtileriyle artmış sitokin düzeyleri özellikle CRP korele bulunmuştur (3, 4).

Çalışmamızın amacı NLO, PLO, RDW ve MPV gibi kolay elde edilebilir markerlar aracılığıyla Panik Bozukluğu tanılı hastalarda immün sistem değişikliklerini incelemektir.

Yöntem: Çalışmaya Haziran 2016 Eylül 2016 tarihleri arasında Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniğine başvuran ve Panik Bozukluğu tanısı alan, 18-75 yaş arası 39 hasta dahil edilmiştir. Psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan 40 gönüllü kontrol grubu olarak belirlenmiştir. Komorbid psikiyatrik tanı varlığı, ciddi yeti yetimine neden olabilecek nörolojik hastalık varlığı, halen psikotrop tedavi alıyor olmak; DM, HT, hiperlipidemi, epilepsi, KOAH gibi kronik hastalık varlığı; mental retardasyon, psikotik bozukluk, bipolar bozukluk tanısı almış olmak, gebelik ve emzirme döneminde olmak, otizm spektrum bozukluğu, kardiyak hastalık varlığı, organik beyin hasarı varlığı, sigara, alkol ve madde kullanım bozukluğu dışlama ölçütleri olarak belirlenmiştir. Lökosit sayısını etkileyebilecek hastalık varlığı (hematopoetik hastalık, malignite, akut enfeksiyon, kronik inflamatuvar hastalıklar, KBY, karaciğer yetmezliği) ve ilaç kullanımı (kemoterapi, son 3 ayda glukokortikoid tedavi) olan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

Sigara kullanan ve obez (body mass index, BMI>30) olan hastalar da dışlanmıştır. Kontrol grubuna psikiyatri polikliniğine gelen ve tedavi düzeyinde majör psikopatoloji saptanmayan yaş ve cinsiyet olarak hasta grubuna benzer, hasta grubu ile aynı dışlama kriterleri olan kişiler dahil edilmiştir.

Panik Bozukluğu tanılı hastalara Hamilton Anksiyete Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği, Klinik Global İzlem Ölçeği, Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği uygulanmıştır.

Kan örnekleri 12 saatlik açlık sonrası antekubitalvenden alınmış EDTA'lı tüplerde saklanmıştır. tam kan sayımı için BeckmanCoulter LH 750 (impedancemethod) analizör kullanılmıştır. Nötrofil/lenfosit oranı (NLO) ve platelet/lenfosit oranı (PLO) hemogram sonuçlarından manuel olarak hesaplanmıştır.

Sonuçlar: Çalışmamızın sonucunda panik bozukluğunun şiddeti ile MPV değeri arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Ancak MPV, NLO, PLO ve RDW değerlerinde panik bozukluk ve kontrol hastaları arasında anlamlı bir fark izlenmemiştir.

Tablo 1. Çalışma gruplarının demografik özellikleri

	PB (n=39)	Kontrol (n=40)
Yaş (yıl)	31,58±11,39	34,65±12,56
Cinsiyet		
Kadın	19 (48,7%)	19 (47,5%)
Erkek	20 (51,3%)	21 (52,5%)
Medeni Hali		
Evli	21 (53,8%)	20 (50,0%)
Bekar	18 (46,2%)	20 (50,0%)
Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	0 (0%)	5 (12,5%)
Okur yazar	1 (2,6%)	4 (10,0%)
İlk okul	10 (25,6%)	8 (20,0%)
Orta okul	6 (15,4%)	5 (12,5%)
Lise	14 (35,9%)	11 (27,5%)
Üniversite	8 (20,5%)	7 (17,5%)

Tablo 2. Çalışma Gruplarında Biyokimyasal Veriler

	PB (n=39)	Kontrol (n=40)	P
Hemogloblin (gr/dl)	15,23±1,80	15,23±1,79	0,982
Hematokrit (%)	45,73±5,00	45,79±4,21	0,288
Lökosit sayısı (10 [^] 3/uL)	7,90±2,3	7,81±1,9	0,243
Trombosit sayısı (10 [^] 3/uL)	266,63±59,46	279,94±72,91	0,377
MPV (fL)	7,28±1,36*	7,91±1,80*	0,140
Lenfosit sayısı (10 [^] 3/uL)	2,48±0,83	2,43±0,56	0,045
Nötrofil sayısı (10 [^] 3/uL)	4,72±2,10	4,65±1,43	0,357
NLR	2,34±0,63	1,93±0,62	0,303
PLR	123,73±57,78	119,51±34,00	0,891
RDW	12,23±1,62	11,98±1,06	0,973

Tablo 3. MPV ve klinik ölçeklerin Pearson korelasyon sonuçları

	r	p
Hamilton Anksiyete puanı	-0,243	0,137
Hamilton Depresyon Puanı	-0,012	0,943
Klinik Global İzlem Puanı	-0,255	0,118
Panik Bozukluğun Şiddet Puanı	-0,460	0,003*

Kaynaklar

- 1- Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, Magee WJ. Panic and panic disorder in the United States. *Am J Psychiatry* 1994;151:413-20.
- 2- Gallagher D, Kiss A, Lanctot K, Herrmann N. Depression with inflammation: longitudinal analysis of a proposed depressive subtype in community dwelling older adults. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016 Dec 2.
- 3- Pitsavos C, Panagiotakos DB, Papageorgiou C, Anxiety in relation to inflammation and coagulation markers, among healthy adults: the ATTICA study. *Atherosclerosis* 2006; 185: 320–326.
- 4- Liukkonen T, Rasanen P, Jokelainen J, Leinonen M, Jarvelin MR, Meyer-Rochow VB et al. The association between anxiety and C-reactive protein (CRP) levels: results from the Northern Finland 1966 birth cohort study. *Eur Psychiatry* 2011; 26: 363–369

Anahtar Kelimeler: panik bozukluğu, inflamasyon, ortalama trombosit hacmi, NLO, PLO, RDW

TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE İNTERNET BAĞIMLILIĞI İLE GÜNDÜZ UYKULULUĞU İLİŞKİSİ

Nermin Gündüz¹, Özge Timur², Hatice Turan³, Erkal Erzincan⁴, Fatma Eren⁵, Ümit Tural⁶

¹Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği

²Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği

³İstanbul Özel Moodist Psikiyatri ve Nöroloji Hastanesi Psikiyatri Kliniği

⁴Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

⁵Trabzon Araklı Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği

⁶Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Giriş: Problemlili internet kullanımı veya internet bağımlılığı internetin aşırı kullanılmasına yönelik isteğin önüne geçilememesi, internete bağlı olmadan geçirilen zamanın önemini yitirmesi, yoksun kalındığında aşırı gerginlik hali ve saldırganlık ortaya çıkması ve kişinin mesleki, okul, sosyal ve ailevi hayatının giderek bozulması olarak tanımlanabilir (1).

Üniversite öğrencileri zamanlarının önemli bir kısmını internette geçirmektedir. Bu durum öğrencilerin giderek daha sedanter şekilde yaşamasına neden olarak yaşam şekilleri üzerinde olumsuz bir etkiye neden olmaktadır. Bazı kesitsel çalışmalarda internet bağımlılığının ergenlerde düzensiz yeme alışkanlıkları, internette daha uzun süre geçirme (2), fiziksel inaktivite ve uyku süresinin kısalması (3, 4) gibi yaşam tarzı ile ilişkili pek çok faktör üzerinde olumsuz etkiye neden olduğu gösterilmiştir.

Üniversite öğrencileri arasında giderek daha da yaygınlaşan internet kullanımı göz önüne alındığında, tıp fakültesi öğrencilerinin hem internette geçirdikleri zaman dolayısıyla hem de gün içi yoğun pratik ve teorik ders psogramlarının olması dolayısıyla özellikle duyarlı bir grup olduğu düşünülmüştür. Bu çalışma ile tıp fakültesi öğrencileri arasında internet bağımlılığı yaygınlığı ve internet bağımlılığı ile gündüz uykululuğu ve yaşam kalitesi ilişkisine bakılması amaçlanmaktadır.

Yöntem: Bu çalışmada Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde internet bağımlılığı yaygınlığı, internet bağımlılığının gündüz uykululuğu ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışma için Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden etik kurul onayı alınmıştır. Etik kurul onayı ile birlikte Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi dekanlığına dilekçe ile başvurularak gerekli izinler alınmıştır. Kesitsel nitelikte olan bu çalışmada tıp fakültesi öğrencilerine gönüllü onam belgesi imzalatılması sonrasında araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik veri formu, Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği, SF-36 ve Epworth Uykululuk Ölçeği uygulanmıştır.

Sonuçlar: Çalışmaya çeşitli sınıflardan toplam 274 tıp fakültesi öğrencisi dahil edilmiştir. Katılımcıların sınıfı, günlük internet kullanım süresi, sigara kullanımı, alkol kullanımı, madde kullanımı ile internet ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. İnternet bağımlılığı ölçeği toplam puanı ile katılımcıların yaşı arasında, okumakta oldukları sınıf arasında anlamlı negatif korelasyon mevcutken; internet bağımlılığı ölçeği toplam puanı ile katılımcıların akademik başarı ortalama puanı arasında korelasyon olmadığı görülmüştür.

İnternet bağımlılığı ölçeği toplam puanı ile epworth ölçeği toplam puanı arasında negatif korelasyon mevcuttu. İnternet bağımlılığı ölçeği toplam puanı ile SF 36 ölçeği alt ölçek puanlarının ilişkisine bakıldığında her alt ölçekle negatif korelasyon olduğu görülmüştür.

Tablo 1. Çalışma grubunun sosyodemografik verileri (* $p < 0,005$)

	N (%)
Cinsiyet	
Kadın	143 (52,2)
Erkek	131 (47,8)
Okumakta Olduğu Sınıf	
1. sınıf	63 (23)
2. sınıf	66 (24,1)
3. sınıf	21 (7,7)
4. sınıf	9 (3,3)
5. sınıf	71 (25,9)
6. sınıf	44 (16,1)
Öğrenim Görürken Kaldığı Yer	
Aile ile beraber	61 (22,3)
Öğrenci evi	90 (33)
Yurt	122 (44,7)
Günlük İnternet Kullanım Süresi	
<30 dakika	31 (11,3)
30 dakika-2 saat	100 (36,5)*
2-3 saat	68 (24,8)
3-4 saat	26 (9,5)
≥ 4 saat	49 (17,9)
Sigara Kullanımı	
Evet	59 (21,5)
Hayır	215 (78,5)*
Alkol Kullanımı	
Evet	31 (11,3)
Hayır	243 (88,7)*
Madde Kullanımı	
Evet	3 (1,1)
Hayır	271 (98,9)*

Tablo 2. İnternet bağımlılığı ölçek puanlarının katılımcıların genel özelliklerine göre dağılımı

	<i>İnternet Bağımlılığı Ölçek Puanı</i>	<i>p</i>
Cinsiyet		
Kadın	25,02 ± 14,35	0,323
Erkek	27,40 ± 16,32	
Okumakta Olduğu Sınıf		
1. sınıf	28,98 ± 15,22	0,000
2. sınıf	26,56 ± 13,51	
3. sınıf	39,33 ± 19,23	
4. sınıf	24,44 ± 13,63	
5. sınıf	25,65 ± 14,02	
6. sınıf	16,41 ± 12,75	
Öğrenim Görürken Kaldığı Yer		
Aile ile beraber	26,80 ± 16,46	0,104
Öğrenci evi	23,57 ± 14,71	
Yurt	27,71 ± 15,15	
Günlük İnternet Kullanım Süresi		
<30 dakika	16,48 ± 16,28	0,000
30 dakika-2 saat	18,93 ± 11,14	
2-3 saat	29,74 ± 12,65	
3-4 saat	30,42 ± 13,43	
≥ 4 saat	39,82 ± 14,56	
Sigara Kullanımı		
Evet	33,68 ± 17,45	0,000
Hayır	24,10 ± 14,07	
Alkol Kullanımı		
Evet	34,81 ± 16,45	0,002
Hayır	25,06 ± 14,87	
Madde Kullanımı		
Evet	44,00 ± 9,64	0,034
Hayır	25,96 ± 15,29	

Tablo 3. İnternet bağımlılığı ölçeği ve diğer değişkenler arasındaki korelasyon 8*p<0,05 **p<0,01 ***p>0,05)

	<i>Correlation Coefficient</i>
Yaş	-0,147*
Okumakta olduğu sınıf	-0,214**
Akademik başarı	-0,099***
Epworth ölçek puanı	-0,238**
SF 36 alt ölçek puanları	
Fiziksel Fonksiyon	-0,187**
Sosyal Fonksiyon	-0,268**
Fiziksel Sorunlara Bağlı Rol Kısıtlılığı	-0,159**
Emosyonel Sorunlara Bağlı Rol Kısıtlılığı	-0,308**
Mental Sağlık	-0,318**
Genel Sağlık	-0,162**
Ağrı	-0,206**
Enerji/Vitalite	-0,270**

Kaynaklar

1. Arısoy, Ö. (2009). İnternet bağımlılığı ve tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 1, 55-67
2. Kim JS, Chun BC. Association of Internet addiction with health promotion lifestyle profile and perceived health status in adolescents. J Prev Med Public Health 2005; 38:53–60.
3. Lam LT, Peng ZW, Mai JC, Jing J. Factors associated with Internet addiction among adolescents. Cyber psychol Behav 2009;12:1–5
4. Choi K, Son H, Park M, Han J, Kim K, Lee B, Gwak H. Internet overuse and excessive daytime sleepiness in adolescents. Psychiatry Clin Neurosci 2009; 63:455–462.

Anahtar Kelimeler: internet bağımlılığı, gündüz uyukluluğu, tıp fakültesi öğrencileri

VAN OBSESYONEL DİSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ'NİN (VODİYÖ) GELİŞTİRİLMESİ

Murat Boysan¹, Abdullah Yıldırım², Lütfullah Beşiroğlu³, Mehmet Celal Kefeli², Mücahit Kağan⁴

¹Yüzüncü Yıl Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Ana Bilim Dalı

²Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı

³İzmir Katip Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Bölümü

⁴Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Rehberlik ve Psikolojik Danışma Ad.

Amaç: Son yıllarda literatürde disosiyatif yaşantıların obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkisini gösteren çalışmaların sayısındaki artış dikkat çekmektedir. Disosiyatif belirtilerin obsesif-kompulsif bozuklukla (OKB) ilişkisini ele alan çalışmaların daha çok OKB'nin etiyolojini açıklamayı amaçladıkları gözlenmektedir. Bununla birlikte DSM-5'e göre obsesyonlar istenmeden gelen ve kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, itkiler ya da imgelerdir. Kişi obsesyonlarla ilişkili zihinsel uğraşlarla işlevselliğini etkileyecek şekilde çok fazla çaba sarf eder. Bu anlamda obsesyonlar uğraş verildiği ölçüde zihinsel, duygusal, kişilik ve bellek işlevlerinde bütünlüğün kaybedildiği disosiyatif yaşantılara yol açabilmektedir. Bu araştırmada 'obsesyonel disosiyasyon' kavramının klinik ve klinik olmayan örneklemde ölçülebilmesine olanak tanıyacak bir ölçme aracının geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Metot: Araştırma iki aşamada yürütülmüştür. Birinci aşamada 61 maddelik soru havuzu hazırlandıktan sonra 554 sağlıklı kontrolde pilot uygulama gerçekleştirildi. Bu uygulamada madde analizi ve açıklayıcı faktör analizi kullanılarak ölçme aracının soru sayısı 45'e indirilmiştir. Çalışmanın ikinci ayağında 45 soruluk Van Obsesyonel Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (VODİYÖ), Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi psikiyatri kliniğine başvuran 30 obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) hastası ve 227 sağlıklı kontrole uygulanmıştır. İki grup birleştirilerek elde edilen toplam 811 katılımcıda açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Ölçme aracına ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve ölçme aracının alt faktörleriyle Çıkarımsal Karmaşa Ölçeği Genişletilmiş Form (ÇKÖ-G), Padua Envanteri-Revize (PE-R), Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ) ve Obsesif İnanışlar Ölçeği (OİÖ) puanları arasında ölçüt bağıntı katsayıları hesaplanmıştır. Ölçme aracının güvenilirliği için iç tutarlılık ve 15 günlük test tekrar-test sınıf içi korelasyonları elde edilmiştir.

Bulgular: Pilot ve tüm örnekleme yapılan açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi sonucunda üç faktörlü bir yapı elde edilmiştir: 'obsesyonel depersonalizasyon derealizasyon', 'obsesyonel absorpsiyon' ve 'obsesyonel amnezi'. VODİYÖ toplam için iç tutarlılık $\alpha=0.97$, obsesyonel depersonalizasyon derealizasyon için $\alpha=0.96$, obsesyonel absorpsiyon için $\alpha=0.93$ ve obsesyonel amnezi için $\alpha=0.90$ 'dır. İki haftalık test tekrar-test sınıf içi korelasyonları, sırasıyla, 0.86, 0.90, 0.73 ve 0.74 olarak hesaplanmıştır. VODİYÖ'nün toplam ve alt ölçek puanlarının ÇKÖ-G, PE-R, DYÖ ve OİÖ puanlarıyla yüksek ölçüt bağıntı korelasyonları elde edilmiştir. Sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında OKB hastalarının, VODİYÖ toplam ve alt ölçek puanlarında istatistik olarak önemli ölçüde yüksek ortalama puanlar aldığı bulunmuştur.

Sonuç: Obsesyonel disosiyasyonun klinik ve klinik olmayan örnekleme değerlendirilebilmesi için geliştirilmiş olan VODİYÖ güçlü psikometrik özellikler göstermiştir. VODİYÖ kullanılarak yapılacak sonraki çalışmalarda, OKB'nin etiyolojisine ve tedavisine ilişkin önemli bilgiler elde edileceği değerlendirilmektedir.

Anahtar Kelimeler : Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), disosiyasyon, faktör analizi, çıkarımsal karmaşa, obsesif inanışlar

HAFİF TBI (MTBI) TANISINDA ÇOK YÖNLÜ DEĞERLENDİRME

Taner Öznur

SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Hafif Travmatik Beyin Hasarı (mild TBI) tanımı gereği, travmatik bir gücün kafatasına etkisiyle bilinçte, motor veya bilişsel işlevlerde dalgalanmaların görüldüğü bir klinik görünümdür. Bu klinik görünümü kavrayabilmek ve doğru tanıyı koyabilmek bazen zorlayıcı olabilir. Belirtilerin heterojenitesi ve çoğu kez standart bilgisayarlı tomografide yapısal bir lezyonun saptanamaması tanı koymadaki zorlukların başlıca nedenleridir. Belirtilerin çoğunlukla beyin cerrahisi, nöroloji ve psikiyatri disiplinlerine ait olmaları çok yönlü değerlendirmeyi ve birlikte hareket etmeyi gerektirmektedir. Bazı hastalarda travmanın fiziksel kanıtlarının olmadığı veya belirsiz yaralanma öyküsünün bulunduğu durumlarda Hafif Travmatik Beyin Hasarı tanısı koymak zordur. Tanı koymada, ilk aşamada fizik muayeneyle birlikte dikkatli bir nörolojik muayenenin yapılması gerekmektedir. Hafif Travmatik Beyin Hasarında fizik muayenede en önemli tanı koydurucular, pupil değerlendirmesi ve Glasgow Koma puanıdır. Motor muayenede, kranial sinir hasarlarının yanı sıra çoğu kez uzun süren inatçı denge ve koordinasyon sorunları saptanabilir. Kognitif değerlendirmede, Hafif Travmatik Beyin Hasarlı hastaların %30'una yakın bir kısmında bilişsel sorunlar saptanabilmektedir. Kognitif değerlendirme, hafif travmatik beyin hasarında, tanı amaçlı, tedavi planlamada ve tedavi etkinliğini değerlendirmede kullanılmaktadır. Nöropsikolojik değerlendirmede, tam bir klinik değerlendirme yapılmalıdır: Yaralanmanın tanımlanması, travmatik beyin hasarı öykü, mevcut semptomatoloji, tıbbi, psikiyatrik, akademik, mesleki, ve sosyal öykü ve nöropsikolojik testler. Nöropsikolojik değerlendirmenin, bu alanda supervizyon eğitimi almış ve doğru yorumlama yapabilen özelleşmiş profesyonellerce gerçekleştirilmesi önem kazanmaktadır. Yapısal ve fonksiyonel görüntülemelerde, beyin hasarlarının %85'inin hafif olarak sınıflandırıldığı bildirilmektedir. Oysa bu sınıflandırma hasarın önemsiz olduğunu söylememektedir. Kullanılabilecek yapısal ve fonksiyonel görüntüleme yöntemleri hastanın yaralanmasının üzerinden geçen zamana göre belirlenmemtedir. Akut (ilk 24-96 saat), subakut (ilk üç aya kadar), ve kronik (3 aydan ötesi) Anatomik nöro-görüntüleme yöntemleri (bilgisayarlı tomografi ve MRI) çoğu vakada negatif sonuç vermektedir. Bu durumda ileri yapısal ve işlevsel görüntüleme yöntemleri bazen Hafif TBI tanısı için objektif kanıtlar sunmaktadır. Başlıca yöntemler olarak pozitron emisyon tomografisi, tek foton emisyon bilgisayarlı tomografisi, fonksiyonel MRI, Manyetik rezonans spektroskopisi kullanılmaktadır. Ayrıca başlıca elektrofizyolojik yöntemler olarak EEG ve magneto-ensefalografi kullanılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hafif travmatik beyin hasarı, fizik muayene, nörogörüntüleme, nöropsikolojik değerlendirme

ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİSİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALAR VE EBEVEYNLERİNDE YAŞAM KALİTESİ

Vahdet Görmez, Abdurrahman Cahid Örengül

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalar son zamanlarda artan bir akademik ilgi görmüş olsa da bu alan ile veriler sorunun özelliklerini ve boyutlarını ortaya koymaktan uzaktır. Bu çalışmada İstanbul'un merkezinde yer alan ve geniş bir kitleye hitap eden bir üniversite hastanesinin çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran ve çeşitli tanılar almış olan çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesi ve bunu ebeveynlerinin yaşam kalitesi ile karşılaştırılmalı analizinin yapılması hedeflenmiştir.

Yöntem: Bu çalışmanın örneklemini, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine Ağustos 2015-Nisan 2016 tarihleri arasında başvuran, 5-18 yaş arası 784 çocuk ve ergen ve ebeveynlerinden birisi oluşturmıştır. Olguların tanıları ve eştanıları, Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi -Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) kullanılarak değerlendirilmiştir. Ayrıca bu yarı-yapılandırılmış görüşmenin dışında kalan tanıları DSM-5 tanı ölçütlerine göre yapılan klinik değerlendirme ile saptanmıştır. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİKÖ), Dünya Sağlık Örgütü yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQoL-BREF) kullanılmıştır.

Bulgular: Yaş ortalaması 9.44 yıl (SD=3.18) olan olguların %64.6 (n=278)'ünü erkekler oluşturmıştır. Çocuk yaşam kalitesi çocuklardaki tanı dağılımına göre anlamlı olarak farklı çıkmıştır. Örneğin; depresyon tanısı almış olguların yaşam kalitesi Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı alan çocuklara kıyasla anlamlı olarak daha kötü bulunmuştur ($p<.05$). Ayrıca depresyonlu çocuğu olan ebeveynlerin de yaşama kalitesi diğer bütün tanı gruplarına oranla daha düşük çıkmıştır ($p<.05$). Çoklu regresyon analizleri yapılarak ebeveyn ve çocuk yaşam kalitesi üzerine etkisi olan faktörler belirlenmeye çalışılmıştır. Ebeveynin psikolojik ve fiziksel yaşam kalitesini etkileyen değişkenler olarak; ebeveynin tıbbi hastalığı ($p<.001$), ebeveynin psikiyatrik hastalığı ($p<.001$), çocukta depresif bozukluk varlığı ($p<.001$), ailenin aylık geliri ($p=.003$) ve bulunmuştur. Ailedeki çocuk sayısı ise ebeveynlerin fiziksel yaşam kalitesini etkileyen ek bir faktör olarak öne çıkmıştır ($p=.009$). İlginç olarak ebeveynlerdeki psikiyatrik hastalık varlığı yaşam kalitesinin bütün alt gruplarını (fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel) etkileyen tek faktör olarak bulunmuştur. Ayrıca çocuktaki depresyon tanısı ve boşanmış aile yapısı yine ebeveynin yaşam kalitesi üzerinde güçlü olumsuz bir etki oluşturmıştır.

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) tanısı almak çocukların sosyal ($p<.001$), psikososyal ($p<.001$) ve okul ile ilgili ($p=.031$) yaşam kalitelerini anlamlı düzeyde düşürmekte iken; DEHB veya Yıkıcı Davranım Bozuklukları (YDB) çocukların sosyal ($p<.001$), psikososyal ($p<.001$), okul ile ilişkili ($p<.001$) ve total yaşam kalitelerini ($p<.001$) istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşürmektedir. Çocuklardaki depresyon tanısında ebeveyn yaşam kalitesine olduğu gibi çocuk yaşama kalitesine de birkaç alanda olumsuz etki yaptığı bulunmuştur.

Tartışma: Ebeveyn ve çocuk yaşam kalitesi birbirini doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen faktörler olarak çocuk ve ergen psikiyatrisi alanında çalışan profesyonellerin tedavi planlamasında göz önünde bulundurulmaları gereken sorunlardır.

Anahtar Kelimeler: Yaşam kalitesi; Psikiyatrik tanı; Çocuk, Ebeveyn

MAJOR DEPRESİF BOZUKLUKLU HASTALARDA İNTİHAR İLE DÜŞÜK DERECELİ İNFLAMASYON VE PLAZMA LİPİD DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Okan Ekinci, Aslı Ekinci

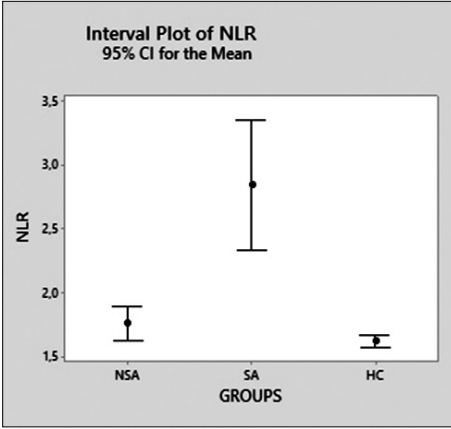
Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Son yıllarda duygudurum bozukluklarında inflamasyonla intihar davranışı üzerindeki ilişki üzerinde sık olarak durulmaya başlanmıştır (1,2). Lipid metabolizması ile intihar ilişkisi ise daha önce literatürde rapor edilmiştir (3). Bildiğimiz kadarıyla major depresif bozukluklu (MDB) olgularda düşük dereceli inflamasyonunun iyi göstergeleri olan Platelet/lenfosit (PLR) ve nötrofil/lenfosit oranı (NLR) ile C reaktif protein (CRP) ve plazma lipid düzeylerinin intiharla olan ilişkisini birarada değerlendirmiş bir çalışma bulunmamaktadır. Dolayısı ile bu çalışmada MDB'lu olgularda intihar davranışı ile NLR, PLR, CRP ve plazma lipid düzeyleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçladık.

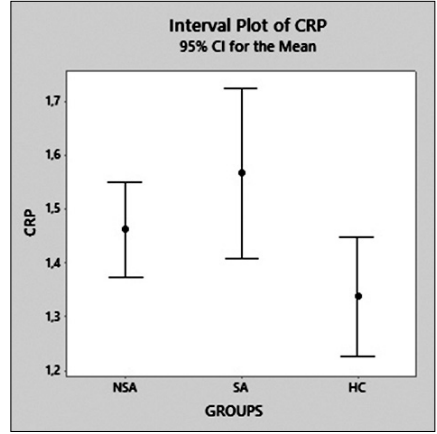
Yöntem: Çalışmamıza hastanemiz psikiyatri yatan hasta kliniğinde Mayıs 2016 ile şubat 2017 tarihlerinde DSM-IV e göre MDB tanısı almış çalışmaya katılma ölçütlerini karşılayan ardışık 139 hasta değerlendirmeye alındı (intihar girişimi olan n=37 ve intihar girişimi olmayan n=102). Ayrıca yaş ve cinsiyet olarak eşleştirilmiş 50 sağlıklı kontrolde çalışmaya dahile edildi. NLR, PLR, CRP, ve lipid düzeyleri hastaların yatışlarında rutin olarak değerlendirilen tetkikleri elektronik kayıtlardan geriye dönük olarak elde edildi. Demografik ve klinik özellikler ise hastaların epikriz bilgilerinden elde edildi.

Bulgular: CRP düzeyleri ve NLR oranları, intihar girişimi olan olgularda olmayanlardan ve kontrol grubundan karıştırıcı değişkenler kontrol edildikten sonra anlamlı olarak yüksekti ($F=2,77$, $p<0,018$ and $F=32,75$; $p<0,001$). Ancak intihar girişimi olan ve olmayan hasta grupları arasında total kolesterol düzeyleri açısından potansiyel değişkenler kontrol edildikten sonra başlangıçta bulunan anlamlı farklılık devam etmedi ($F=2,926$, $p=0,09$). Lojistik regresyon analizinde intihar girişimini anlamlı olarak iki değişken tarafından öngörüldüğü bulundu. A) Geçmiş intihar girişimi öyküsü ($\beta = -5,06$; $P<0,001$) and B) NLR ($\beta = -2,322$; $P<0,001$).

Sonuç: Bu çalışma depresif bozukluklu yatan hastalarda NLR oranının intihar girişimi için yatıştırıcı bir biyolojik gösterge olabileceğini öne süren ilk çalışmadır. MDB'lu olgularda NLR intihar girişimi için ucuz ve günlük pratikte kolay uygulanabilecek bir biyomarker olabilir. Ancak NLR ve diğer inflamasyon göstergelerinin MDBlu olgularda intihar girişimi ile ilişkisini tam olarak ortaya koymak için uzunlamasına takip çalışmalarına ihtiyaç bulunmaktadır.



Şekil 1.



Şekil 2.

Kaynaklar

1. Black C, Miller BJ (2015) Meta-analysis of cytokines and chemokines in suicidality: distinguishing suicidal versus nonsuicidal patients. *Biol Psychiatry*. 78(1):28-37.
2. Ducasse D, Olié E, Guillaume S, Artéro S, Courtet P (2015) A meta-analysis of cytokines in suicidal behavior. *Brain Behav Immun* 46:203–211.
3. Troisi A (2011) Low cholesterol is a risk factor for attentional impulsivity in patients with mood symptoms. *Psychiatr Res* 188: 83-7.

Anahtar Kelimeler : Nötrofil lenfosit oranı, Major depresif bozukluk, C reaktif protein, lipid

REMİSYONDAKİ BİPOLAR I VE II TANILI HASTALARIN İLAÇ KULLANIMLARI VE KLİNİK SONUÇLARI

Tonguç Demir Berkol¹, Seren Simge Kırlioğlu¹, Yasin Hasan Balcıoğlu¹, Ebru Şahan², Neşe Üstün¹, Serkan İslam³, İlker Özyıldırım⁴

¹Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

²Van Erciş Devlet Hastanesi, Psikiyatri Polikliniği

³İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Psikiyatri Polikliniği

⁴Öteki Psikoterapi Merkezi

Amaç: Bipolar bozuklukta uzun dönem tedavisine ilişkin kanıtlar yeterince tatmin edici değildir. Lityum ve valproat, bipolar bozukluk sürdürüm tedavisinde ilk sıra seçeneklerdir. Bu tedaviler ile her ne kadar olumlu sonuçlar alınmış olsa da halen sınırlılıklar mevcuttur. Bu noktada bipolar hastalarda ilaçların koruyucu etkinliğinin ne olduğunu araştırmak ve daha uygun ilaç seçimi sağlamak için farklı duygudurum dengeleyicilere yanıtların klinik özelliklerle nasıl değiştiğini belirlemek yararlı olabilir. Bu çalışmada amacımız ilaçların kullanım sıklıklarını, elde edilen yanıt düzeylerini ve bunun klinik özelliklerle ilişkisini araştırmaktır.

Yöntem: Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde izlenmekte olan ve bu çalışmaya katılmak için sözlü onam veren toplam remisyondaki 186 bipolar bozukluk tanılı hasta (175 kişi Bipolar I, 11 kişi Bipolar II) çalışmaya alınmıştır. Hastaların tümüne SCIDI uygulanmış; bipolar bozukluğa eşlik eden yaşam boyu ek psikiyatrik tanılar saptanmıştır. Hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini ve yaşam boyu farmakolojik tedavilerini değerlendiren yarı yapılandırılmış görüşme çizelgesi doldurulmuştur. Bu çizelgeler klinik görüşme ile yeniden değerlendirilmiş ve gözden geçirilmiştir. Çalışma dosya taraması şeklinde retrospektif olarak yapılmıştır.

Bulgular: Hastaların sürdürüm tedavisinde %71 lityum, %44 antikonvülzan, %18 antipsikotik monoterapileri ve %23 lityum antikonvülzan, %15 lityum antipsikotik, %25 antikonvülzan antipsikotik kombine tedavilerinin hastalığın herhangi bir döneminde kullanıldığı belirlenmiştir. Lityum monoterapisi alan hastaların %61'i tedaviye cevap vermiştir. Evli olmak, psikotik belirtilerin yokluğu, mevsimsellik ve atakların hafif seyretmesi lityum tedavisine yanıtın öngörücüleri olarak saptanmıştır. Antikonvülzan monoterapisi alan hastaların %62'sinin ve antikonvülzan antipsikotik kombine tedavisi alan hastaların %81'inin tedaviye cevap verdiği kaydedilmiştir.

Sonuç: Bipolar bozuklukta nüks riskini en aza indirmek için etkin sürdürüm farmakoterapisi esastır. Antipsikotiklerin yer aldığı, özellikle antikonvülzanlar ile kombine edildiği tedavilerin diğer monoterapilerden daha etkin olabileceği gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Antipsikotikler, bipolar bozukluk, duygudurum dengeleyicileri

Tablo 1. Koruma tedavilerinin kullanım sıklıkları ve yanıtılık oranları

<i>Koruma tipi</i>	<i>Koruma uygulanan hasta; n (%)</i>	<i>Korumada elde edilen yanıtılık; n (%)</i>
Li tedavisi	131 (70.4)	80 (61.1)
AK tedavisi	81 (43.5)	50 (61.7)
AP tedavisi	33 (17.7)	24 (72.7)
Li + AK	43 (23.1)	21 (48.8)
Li + AP	28 (15.1)	20 (71.4)
AK + AP	47 (25.3)	38 (80.8)
Li + AK + AP	8 (4.3)	6 (75.0)
AK: Antikonvulzan, Li: Lityum, AP: Antipsikotik	Koruma tedavilerinin kullanım sıklıkları ve yanıtılık oranları; sayı ve yüzde oranları olarak hesaplandı	

Tablo 2. Lityuma tedavi yanıtı ile klinik özelliklerin ilişkisi

		<i>Yanıt var (%)</i>	<i>Yanıt yok (%)</i>	<i>p</i>
Cinsiyet	Kadın	79 (60.0)	52 (40.0)	0.703
Cinsiyet	Erkek	82 (62.9)	49 (37.1)	0.703
Medeni Hal	Evli	95 (72.6)	36 (27.4)	0.001
Medeni Hal	Bekar	62 (47.4)	69 (52.6)	0.001
Medeni Hal	Boşanmış	66 (50.1)	65 (49.9)	0.001
Psikotik belirti	Var	69 (52.7)	62 (47.3)	0.001
Psikotik belirti	Yok	116 (88.9)	15 (11.1)	0.001
İntihar girişimi	Var	76 (57.7)	55 (42.3)	0.528
İntihar girişimi	Yok	81 (61.7)	50 (38.3)	0.528
Mevsimsel Özellik	Var	101 (76.9)	30 (23.1)	0.001
Mevsimsel Özellik	Yok	70 (53.1)	61 (46.9)	0.001
Baskın dönem tipi	Manik	73 (56.0)	58 (44.0)	0.001
Baskın dönem tipi	Karma	87 (66.7)	44 (33.3)	0.001
Baskın dönem tipi	Depresif	101 (76.9)	30 (23.1)	0.001
Dönem Şiddeti	Daha az şiddetli	70 (71.4)	37 (28.6)	0.062
Dönem Şiddeti	Şiddetli	70 (53.5)	61 (46.5)	0.062
p<0.05	Gruplar arasındaki ilişkiler ve kategorik özellikler Pearson Ki-kare testi ile değerlendirildi			

Tablo 3. Antikonvulzan tedaviye yanıt ile klinik özelliklerin ilişkisi

		<i>Yanıt var (%)</i>	<i>Yanıt yok (%)</i>	<i>p</i>
Cinsiyet	Kadın	46 (56.8)	35 (43.2)	0.021
Cinsiyet	Erkek	60 (74.1)	21 (25.9)	0.021
Medeni Hal	Evli	53 (65.4)	28 (34.6)	0.001
Medeni Hal	Bekar	54 (66.7)	27 (33.3)	0.001
Medeni Hal	Boşanmış	27 (33.3)	54 (66.7)	0.001
Psikotik belirti	Var	49 (60.5)	32 (39.5)	0.325
Psikotik belirti	Yok	55 (67.9)	26 (32.1)	0.325
İntihar girişimi	Var	20 (24.7)	61 (75.3)	0.001
İntihar girişimi	Yok	56 (69.1)	25 (30.8)	0.001
Mevsimsel Özellik	Var	47 (58.0)	34 (41.9)	0.420
Mevsimsel Özellik	Yok	52 (64.2)	29 (35.8)	0.420
Baskın dönem tipi	Manik	46 (56.8)	35 (43.2)	0.024
Baskın dönem tipi	Karma	61 (75.3)	20 (24.7)	0.024
Baskın dönem tipi	Depresif	47 (58.0)	34 (41.9)	0.024
Dönem Şiddeti	Daha az şiddetli	49 (60.5)	32 (39.5)	0.746
Dönem Şiddeti	Şiddetli	51 (62.9)	30 (37.0)	0.746
$p < 0.05$	Gruplar arasındaki ilişkiler ve kategorik özellikler Pearson Ki-kare testi ile değerlendirildi			

BİPOLAR TANILI HASTALARIN ANİDEPRESSAN KULLANIM YAYGINLIĞI VE MANİK DÖNEME KAYMA RİSKİ

Tonguç Demir Berkol¹, Yasin Hasan Balcıoğlu¹, Simge Seren Kıriloğlu¹, Can Uğurpala², Ebru Şahan³, Serkan İslam⁴, İlker Özyıldırım⁵

¹Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Kliniği

³Van Erciş Devlet Hastanesi, Psikiyatri Polikliniği

⁴İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Psikiyatri Polikliniği

⁵Öteki Psikoterapi Merkezi

Amaç: Bipolar bozukluğun (BPB) gidişine dair doğal izlem çalışmalarında hastaların yaşamlarının yarısına yakını depresif belirtilerle geçirdikleri görülmüştür. Bipolar depresyon tedavisinde AD kullanımı ile ilgili en önemli problemler manik kayma ve döngü hızlanması riskidir. Ayrıca ektanılar ve bu tanılarının manik kayma üzerine etkisi hakkındaki bilgiler de sınırlıdır.

Method: Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Biriminden 238 Bipolar hasta çalışmaya alınmıştır. Hastaların Bipolar bozukluk tanısı DSM-IV'e göre ayrıca eşlik eden psikiyatrik tanılar da SCID I ile belirlenmiştir.

Eştanılar, psikotropik ajan ile tedavi ve diğer klinik değişkenler; antidepresan kullananlar ve kullanmayanlar ile manik kayma görülenler ve görülmeyenler şeklinde iki grup arasında karşılaştırılmıştır. Antidepresan kullanımları, antidepresan tedavisi altındayken manik döneme kayma oranları ve diğer klinik özelliklerine dair veriler hastaların yaşam boyu duygudurum çizelgesine göre retrospektif olarak değerlendirilmiştir, veriler klinik görüşmelerde doğrulanmış ve güncellenmiştir.

AD kullanımı olan hastalar AD kullanımı sırasında ek duygudurum dengeleyici (DD) veya antipsikotik (AP) ilaç alanlar ve almayanlar şeklinde iki gruba ayrılarak karşılaştırılmıştır. AD kullanımı sırasında manik / hipomanik kayma görülen hastalarla görülmeyen hastalarda iki ayrı grupta toplanarak karşılaştırılmıştır. Ayrıca gruplarda ki hastaların ortalama AD dozlarını karşılaştırmak için farklı AD ilaçlar Fluoksetin 20 mg eşdeğerine göre hesaplanarak karşılaştırılmıştır.

Sonuçlar: Hastaların %57.98 en az bir kez antidepresan ile tedavi edildiği, %42.02 sinde ise antidepresan tedavisi altındayken manik döneme kayma gözleendiği saptanmıştır.

Ortalama yaşın ve hastalık süresinin, AD kullanan grupta kullanmayan gruba göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Manik kayma ile kullanılan AD grubu ilişkisi değerlendirildiğinde SSRI ile % 44, TCA ile % 40, venlafaksin ile % 38,5 ve mirtazapin ile % 20 oranında kayma görülmüştür.

Manik döneme kaymanın duygudurum dengeleyici (DD) tedavisi altında olmayan hastalarda anlamlı derecede yüksek olduğu. Manik kayma gösterenlerde ortalama AD kullanım süresi, kayma göstermeyenlerden anlamlı olarak kısa olduğu gözlenmiştir.

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) ile Yaygın Anksiyete Bozukluğunun (YAB) manik kayma gözlenen grupta anlamlı oranda yüksek olduğu kaydedilmiştir.

Tartışma: Çalışmamız bipolar hastaların yarısı kadarının yaşamları boyu en az bir dönem AD kullandığını ve bu hastaların yarısına yakınında ise manik kayma oluştuğunu ortaya koymaktadır.

Özellikle AD kullanımının ilk aylarında kayma riski daha belirgindir ve AD yanında ek DD kullanmak kaymayı engellemekte yeterli olmayabilir. Fakat daha uzun süreli kullanımlarda başta SSGI grubu olmak üzere antidepresan ilaçlar yanına DD (veya AP) eklemek kayma riskini azaltabilir.

BPB tanılı hastalarda en yaygın görülen ruhsal ek tanılar bunaltı bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarıdır. Bizim çalışmamızda OKB ve YAB diğer anksiyete bozukluklarına göre anlamlı sıklıkta daha fazla görülmüştür.

AD kullanımı sırasında oluşan kayma hastalığın doğal gidişi ile mi yoksa AD kullanımı ile mi ilişkilidir sorusunun yanıtı ise henüz yeterince aydınlatılamamıştır. Ayrıca neden AD kullanımı sırasında bazı hastalarda kayma oluşurken bazılarında oluşmamaktadır.

Bu sorulara yanıt bulmaya yönelik hastalığın doğal gidişini dikkate alan iyi yapılandırılmış kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Bipolar bozukluk, antidepresan, kayma

Tablo 1. Antidepresan kullanan hastalarla, kullanmayanların karşılaştırılması.

		AD kullanımı var, n (%) 123	AD kullanımı yok, n (%) 115	p
Cinsiyet	Kadın	84 (68,29)	74 (64,35)	0.613
Cinsiyet	Erkek	39 (31,71)	41 (35,65)	0.613
Eğitim	İlköğretim	25 (20,33)	21 (18,26)	0.476
Eğitim	Lise	40 (32,52)	48 (41,74)	0.476
Eğitim	Yüksek okul	54 (43,90)	44 (38,26)	0.476
Eğitim	Yok	4 (3,25)	2 (1,74)	0.476
Medeni durum	Evli	48 (39,02)	55 (47,83)	0.116
Medeni durum	Bekar	51 (41,46)	48 (41,74)	0.116
Medeni durum	Boşanmış	24 (19,51)	12 (10,43)	0.116
Tanı	Bipolar I	111 (90,24)	110 (95,65)	0.171
Tanı	Bipolar II	12 (9,76)	5 (4,35)	0.171
Yaş (SD)		42,98 (11,8)	39,17 (13,2)	0.021
Başlangıç yaşı (SD)		24,1 (8,0)	23,1 (8,7)	0.724
Hastalık süresi (SD)		18,46 (9,8)	15,8 (8,5)	0.026

p > 0.05, SD: Standart deviasyon, AD: Antidepresan

Tablo 2. Manik / hipomanik kayma gösteren hastalarla göstermeyenlerin karşılaştırılması

		Manik/Hipomanik kayma var, n: 58 (%)	Manik/Hipomanik kayma yok, n: 180 (%)	P
Ortalama doz (SD) (mg)	SSGI	22,98 (9,4)	21,73 (8,76)	0,354
Ortalama doz (SD) (mg)	TSA	103 (97,99)	118 (103)	0,330
Ortalama doz (SD) (mg)	Venlafaksin	75 (-)	100 (43)	-
Ortalama doz (SD) (mg)	Mirtazapin	32,86 (6,88)	30,22 (18,76)	0,295
Ortalama doz (SD) (mg)	Eşdeğer doz	22,6 (9)	22,1 (12)	0,788
Ortalama süre (ay)		5,65 (6,34)	13,12 (14,36)	0.004

p < 0.05, AD: Antidepresan ilaç, SSGI: Seçici Serotonin geri alım inhibitörü, TSA: Trisiklik antidepresan

Tablo 3. Antidepresan yanında ek ilaç kullananlarla kullanmayanların karşılaştırılması

		<i>Ek ilaçsız AD n (%)</i>	<i>Ek ilaçlı AD n (%)</i>	<i>p</i>
Hasta sayısı		54/ 238 (22,69)	86/ 238 (36,13)	
AD deneme sayısı		52/ 138 (37,68)	86/138 (62,31)	
Manik kayma		30 (57,69)	28 (32,56)	0.006
AD grubu	SSGI	32 (63,46)	55 (63,95)	-
AD grubu	TSA	17 (32,69)	6 (6,97)	-
AD grubu	Venlafaksin	(0)	7 (8,13)	-
AD grubu	Mirtazapin	3 (5,77)	18 (20,93)	-
Ek ilaç tipi	Lityum	-	175 (73,5)	-
Ek ilaç tipi	AK	-	50 (21)	-
Ek ilaç tipi	AP	-	13 (5,5)	-
Yaş (SD)		40,29 (11,98)	42,56 (12,39)	0,292
Başlangıç yaşı (SD)		25,13 (7,93)	24,85 (7,9)	0,841
Hastalık süresi (SD)		14,99 (8,15)	19,87 (10,76)	0.006
Ortalama doz (SD) (mg)	SSGI	20,98 (5,3)	22,87 (9,87)	0,205
Ortalama doz (SD) (mg)	TSA	118,76 (78,65)	116,55 (96,76)	0,889
Ortalama doz (SD) (mg)	Venlafaksin	-	93,7 (37,5)	-
Ortalama doz (SD) (mg)	Mirtazapin	42,76 (12,65)	38,17 (14,76)	0,064
Ortalama doz (SD) (mg)	Eşdeğer doz	22,68 (10,87)	22,12 (10,43)	0,764
Ortalama süre (ay)		5,43 (6,79)	12,65 (15,43)	0.002
p<0.05, AD: Antidepresan ilaç, SSGI: Seçici Serotonin geri alım inhibitörü, TSA: Trisiklik antidepresan, AK: Antikonvulsan, AP: Antipsikotik				

BİPOLAR BOZUKLUKTA MEVSİMSELLİĞİ OLAN VE OLMAYAN HASTALARIN; SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tonguç Demir Berkol¹, Simge Seren Kırloğlu¹, Yasin Hasan Balcıoğlu¹, Güliz Özgen¹, Neşe Üstün¹, Serkan İslam², İlker Özyıldırım³

¹Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

²İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Psikiyatri Polikliniği

³Öteki Psikoterapi Merkezi, Nişantaşı, İstanbul

Amaç: Mevsim değişiminin sıklıkla bazı ruhsal etkilere sahip olduğu bilinmektedir. Diğer psikiyatrik bozukluklara göre duygudurum bozuklukları sıklıkla mevsimsel gidiş gösterebilmektedir. Bipolar bozukluk (BPB) tanılı hastalarda %20-30 oranında mevsimsel gidiş olabildiği belirtilmektedir. Ülkemizde, BPB de mevsimsel gidişin sıklığını, sosyodemografik ve klinik özelliklerle ilişkisini ve tedaviye etkilerini değerlendiren çalışmalar sınırlıdır.

Yöntem: Çalışmamız Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde yapılmıştır. Çalışmaya, DSM-IV'e göre BPB tanısı almış, remisyondaki 174 hasta alınmıştır. Eşlik eden psikiyatrik tanıları SCID I ile belirlenmiştir. Hastalar, yakınları ve önceki tıbbi kayıtları dikkate alınarak, sosyodemografik ve klinik özelliklerini değerlendiren yarı yapılandırılmış görüşme çizelgesi ile bipolar bozukluğun başlangıcından itibaren hastalığın ve uygulanan tedavilerin gidiş biçiminin grafik olarak kaydını içeren "duygudurum izleme grafiği" doldurulmakta ve güncellenmektedir.

Mevsimsel gidiş, hastanın tüm dönemlerinin en az %75'inin aynı dönem tipi için aynı mevsimde ortaya çıkmasıdır. Hastalar, mevsimsel gidiş özelliği olanlar ve olmayanlar olarak iki gruba ayrılmış, sosyodemografik ve klinik özellikleri açısından karşılaştırılmıştır. Çalışma, dosya taraması ve retrospektif olarak yapılmıştır.

Normal dağılım gösteren değişkenlerin ikili grupların karşılaştırmasında bağımsız t testi, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin ikili gruplarda Mann Whitney U testi, nitel verilerin karşılaştırmalarında ki-kare testi, Fisher exact test kullanılmıştır

Bulgular: 174 bipolar tanılı hastanın 63'ünün mevsimsel gidiş özelliği gösterdiği saptanmıştır. İlk epizodun, tip ayırt etmeden incelendiğinde, mevsimsel gidiş özelliği olmayan grupta anlamlı düzeyde daha sık olduğu, ilk epizod tipi karşılaştırıldığında ise manik tipin mevsimsel gidiş özelliği olan grupta, depresif tipin ise mevsimsel gidiş özelliği olmayan grupta anlamlı düzeyde daha sık olduğu gözlenmiştir. Ayrıca ek tanısı başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu ve distimi olanların, mevsimsel gidiş özelliği olan grupta, hastane yatışı olanların ise mevsimsel gidiş özelliği olmayan grupta anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Lityum monoterapisine yanıt oranı, ortalama hastalık süresi, toplam geçirilmiş epizod sayısı ortalaması ve toplam karma epizod sayısı ortalaması, mevsimsel gidiş özelliği olan grupta anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Ortalama hastalık süresi, toplam geçirilmiş epizod sayısı ortalaması ve toplam karma epizod sayısı ortalaması, mevsimsel gidiş özelliği olan grupta anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Eksen-I ek tanısı açısından distimi oranı mevsimsel gidiş özelliği olan grupta anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. Bu bulgu mevsimsel özellikli olanların depresif özelliklerinin daha fazla olduğunu bize söylemektedir. Tüm bu bulgular bize mevsimsel özellikli bipolar hastaların prognozlarının, mevsimsel özellikli olmayanlara göre daha kötü olduğunu göstermektedir. Ancak bipolar bozukluğun prognostik göstergelerinde mevsimsellik bulunmamaktadır. Diğer önemli bulgu mevsimsellik

ile lityum korumasına olumlu yanıtın ilişkili olduğudur. Mevsimsel özelliği olan grubun ilk epizodda görülmesi, mevsimsel gidiş özelliği olmayan gruba göre anlamlı bulunmuştur. Bipolar bozukluğun ilk epizodunun sıklıkla depresif epizod olarak başladığı bilinmektedir. Bu bulgular mevsimsellik için bir ön belirteç olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bipolar bozukluk, mevsimsellik, sosyodemografik özellikler, klinik özellikler

Tablo 1. Mevsimsel özelliği olan ve olmayan bipolar hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri

		<i>Mevsimsel özellik gösteren (n:63) n(%)</i>	<i>Mevsimsel özellik göstermeyen (n:111) n(%)</i>	<i>p</i>
Cinsiyet	Erkek	21 (%33.3)	36 (%32.4)	0.903
Cinsiyet	Kadın	42 (%66.6)	75 (%67.6)	0.903
Bipolar alt tip	Tip I	61 (%96.8)	105 (%94.4)	0.500
Bipolar alt tip	Tip II	2 (%3.2)	6 (%5.4)	0.500
İlk epizod	Toplam	34 (%53.9)	83 (%74.7)	0.005
İlk dönem tipi	Manik	23 (%67.6)	36 (%43.4)	0.017
İlk dönem tipi	Depresif	11 (%32.4)	47 (%56.6)	0.017
Birinci eksen ektanısı	Toplam	33 (%52.4)	63 (%56.7)	0.577
Birinci eksen ektanısı	Alkol Kullanım Bozukluğu	2 (%3.2)	4 (%3.6)	0.882
Birinci eksen ektanısı	Panik Bozukluğu	1 (%1.6)	8 (%7.2)	0.108
Birinci eksen ektanısı	Sosyal Anksiyete Bozukluğu	13 (%20.6)	19 (%17.1)	0.565
Birinci eksen ektanısı	Özgül Fobi	4 (%6.3)	6 (%5.4)	0.797
Birinci eksen ektanısı	Obsesif Kompulsif Bozukluk	10 (15.8)	29 (26.1)	0.119
Birinci eksen ektanısı	Travma Sonrası Stres Bozukluğu	8 (%12.7)	21 (%18.9)	0.290
Birinci eksen ektanısı	Yaygın Anksiyete Bozukluğu	7 (%11.1)	8 (%7.2)	0.378
Birinci eksen ektanısı	BTA Anksiyete Bozukluğu	4 (%6.3)	1 (%0.9)	0.039
Birinci eksen ektanısı	Somaform Bozukluğu	0 (%0)	5 (%4.5)	0.087
Birinci eksen ektanısı	Yeme Bozukluğu	0 (%0)	5 (%4.5)	0.087
Baskın dönem	Toplam	57 (%90.5)	99 (%89.2)	0.789
Baskın dönem tipleri	Manik	34 (%59.6)	72 (%72.7)	0.144
Baskın dönem tipleri	Depresif	15 (%26.3)	21 (%21.2)	0.144
Baskın dönem tipleri	Karma	8 (%14.0)	6 (%6.1)	0.144
Psikotik belirtiler	Evet	48 (76.2)	83 (%74.7)	0.835
Dönem şiddeti	Ağır	35 (%55.5)	60 (%54.1)	0.848
Hipertimi	Evet	8 (%12.7)	10 (%9.0)	0.442
Distimi	Evet	8 (%12.7)	0 (%0)	0.0001
Hastane yatışı	Evet	34 (%53.9)	80 (%72.1)	0.016
İntihar girişimi	Evet	11 (%17.5)	25 (%22.5)	0.428
Ailede bipolar hastalık öyküsü	Evet	18 (%28.6)	28 (%25.2)	0.630
Ailede intihar öyküsü	Evet	4 (%6.3)	4 (%3.6)	0.406
Li tek ilaç tedavisi	Fayda gören	30/41 (%73.1)	40/83 (%48.2)	0.008
AK tek ilaç tedavisi	Fayda gören	20/33 (%60.6)	28/47 (%59.6)	0.926
AP tek ilaç tedavisi	Fayda gören	10/16 (%62.5)	17/21 (%80.9)	0.211
AD kullanımı	Evet	35 (%55.5)	62 (%55.8)	0.969

p<0.05, Li: Lityum, AK: Antikonvulzan, AP: Antipsikotik, AD: Antidepresan

Tablo 2. Mevsimsel özelliği olan ve olmayan bipolar hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri

	<i>Mevsimsel özellik gösteren (n=63) (SS)</i>	<i>Mevsimsel özellik göstermeyen (n=111) (SS)</i>	<i>p</i>
Yaş	43.5 (11.9)	40.2 (12.5)	0.087
Başlangıç yaşı	23.4 (8.1)	23.7 (7.9)	0.813
Hastalık yaşı	20.0 (9.9)	16.4 (9.7)	0.022
Ortalama döngü aralığı (ay)	13.8 (10.7)	12.6 (6.8)	0.424
Toplam dönem sayısı	11.6 (8.9)	9.0 (5.9)	0.041
Manik dönem sayısı	4.7 (5.2)	4.3 (3.9)	0.596
Hipomanik dönem sayısı	2.4 (5.0)	1.4 (2.4)	0.140
Karma dönem sayısı	1.2 (2.6)	0.5 (1.1)	0.045
Majör Depresif dönem sayısı	3.1 (3.8)	2.7 (3.0)	0.474
Hastaneye yatış sayısı	3.3 (2.1)	3.1 (2.5)	0.574
p<0.05, SS : Standart Sapma			

PANİK BOZUKLUĞUNDA TİYOL-DİSÜLFİT DENGESİ

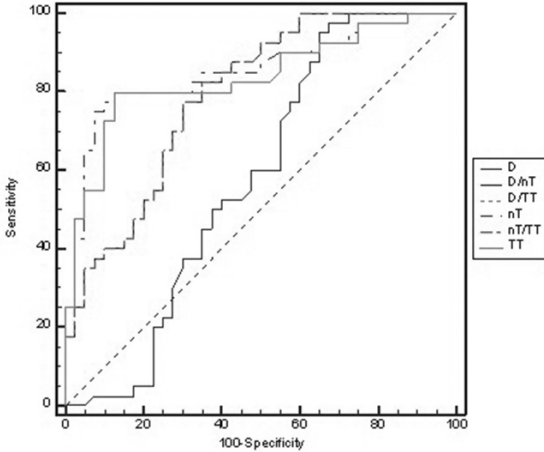
Burak Kulaksızoğlu¹, Sibel Kulaksızoğlu²

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Bölümü

²Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Biyokimya Bölümü

Panik Bozukluğunun (PD) patogenezindeki önemli süreçlerden biri oksidatif stresdir. Tiol / disülfid homeostazı oksidatif stres için bir parametredir. Anormal tiol / disülfid konsantrasyonları pek çok hastalığa eşlik ederken, PD'de değerlendirme yapılmamıştır. Çalışmamızın amacı PD'li hastalarda tiyol-disülfid homeostazı araştırmaktır. 40 yeni tanı almış PD hastası ve 40 sağlıklı hasta bulunan hastalarda serum doğal tiyol, toplam tiyol ve disülfid düzeyleri ölçüldü. Serum doğal tiyol, toplam tiyol ve disülfid düzeyleri yeni bir kolorimetrik, otomatik yöntemle ölçüldü. Tiyol-disülfid oranı da hesaplandı. Disülfid / doğal tiyol ($p < 0.001$) ve disülfid / toplam tiyol ($p < 0.001$), doğal tiyol ($p < 0.001$) ve toplam tiyol ($p < 0.001$) ve doğal tiyol / toplam tiyol ($P < 0.001$) oranı PD hastalarında kontrol grubuna göre belirgin şekilde arttı. Doğal tiyol / toplam tiyol, disülfid / doğal tiyol ve disülfid / toplam tiyol için cut-off değeri sırasıyla 92.26, 3.83 ve 3.56 idi. Bu, PD'li hastalarda tiyol-disülfid homeostazı değerlendirmek için literatürde yapılan ilk çalışmadır. Bulgularımız disülfid / tiyol oranının panik bozukluğu hastalarında anlamlı derecede yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Anahar Kelimeler: Panik Bozukluğu, Tiyol-Disülfid Dengesi



Şekil 1.

Tablo 1. Kontrol grubu ile PD grubu arasındaki laboratuvar bulguların karşılaştırılması.

	<i>Hasta Grup (n=40) ort ± SD</i>	<i>Kontrol Grup (n=40) ort ± SD</i>	<i>p</i>
Native Thiol (μmol/l)	302.90 ± 90.95	413.66 ± 46.27	< 0.001*
Total Thiol (μmol/l)	333.70 ± 92.18	442.09 ± 48.63	< 0.001*
Disulfide (μmol/l)	15.40 ± 3.23	14.22 ± 5.77	0,261
Disulfide/Native Thiol (%)	5.67 ± 2.63	3.47 ± 1.46	< 0.001*
Disulfide/Total Thiol (%)	5.00 ± 1.96	3.22 ± 1.26	< 0.001*
Native Thiol/Total Thiol (%)	90.00 ± 3.92	93.57 ± 2.53	< 0.001*

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMALARININ SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERLE İLİŞKİSİ

Rukiye Ay¹, Lale Gönerir Erbay²

¹Malatya Devlet Hastanesi

²İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilimdalı

Amaç: Çocukluk çağı travması, geçici olarak kişiyi yarımsız bırakan, dayanma ve savunma gücünü azaltan, ani darbelerin zihinsel bir sonucu olarak tanımlanmaktadır. Çocuk istismarı ve ihmali; ana-baba veya çocuğun bakımı, sağlığı ve korunmasından sorumlu kişilerin giriştiği veya girişmeyi ihmal ettiği eylemler sonucunda çocuğun her türlü fiziksel, ruhsal, cinsel veya sosyal açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesi olarak tanımlanmaktadır. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları hem çocukluk hem erişkinlik döneminde birçok psikopatolojiyle ilişkilendirilmiştir. Bu çalışmanın amacı obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanılı bireylerde çocukluk çağı travmalarını saptamak ve sosyodemografik ve klinik verilerle olası ilişkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmaya Malatya Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran hastalardan DSM-5'e göre "obsesif kompulsif bozukluk" tanısı olan 67 hasta dahil edildi. Klinisyen tarafından sosyodemografik bilgi formu dolduruldu. Hastalık şiddetini değerlendirmek için Yale Brawn Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOCS), Beck Depresyon (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçekleri (BAÖ) kullanıldı. Çocukluk çağı travmaları Çocukluk Travma Ölçeği-28 (CTQ-28) ile değerlendirildi. Bu değerlendirmeler sonucunda çocukluk çağı travma ölçeği kesme puanına (35) göre iki gruba ayrıldı. İki grup sosyodemografik ve klinik özellikler açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan 67 hastanın 36'sında CTQ ≥ 35 olarak saptanmıştır. İki grup arasında yaş, cinsiyet, eğitim yılı, hastalık başlangıç yaşı, BDÖ, BAÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. CTQ ≥ 35 olan grupta CTQ < 35 olan grupla karşılaştırıldığında geçmiş intihar öyküsü ($p=0.017$), YBOCS Puanı ($p=0.034$) anlamlı olarak daha yüksek saptandı. CTQ ≥ 35 olan grupta saldırganlık ($p=0.003$), cinsel ($p=0.007$) ve dini ($p=0.023$) obsesyonlar, ritüelistik ($p=0.000$) kompulsiyonlar anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.

Sonuç: Çalışma sonucunda, OKB'de çocukluk çağı travma puanı yüksek olan bireylerin hastalık belirti şiddetinin daha fazla olduğu, çocukluk çağı travma ölçeği puanları ile obsesif kompulsif belirtiler arasında anlamlı ilişkiler olduğu saptandı. Diğer psikiyatrik hastalıklarla yapılan çalışmalarda çocukluk çağı travması varlığı ile ilişkilendirilen erken hastalık başlangıç yaşı, depresyon, anksiyete komorbiditesi açısından iki grup arasında fark bulunmadı. Yaş, cinsiyet, ortalama eğitim yılı gibi sosyodemografik özellikler açısından fark bulunmaması iki grubun birbirine benzer özellikler gösterdiğini, çocukluk çağı travmaları açısından güvenilir bir kıyaslama olduğunu düşündürdü. İleride yapılacak çok merkezli çalışmalarla daha geniş örneklem ile çocukluk çağı travması olan kişilerde obsesif kompulsif belirtilerin gelişimi, alt ölçeklerle belirtilerin ilişkisi, hastalığın seyrine ve tedavi yanıtına etkisi değerlendirilebilir. Bu değerlendirmeler sonucu geliştirilecek stratejiler ve müdahaleler ile obsesif kompulsif bozukluğun gelişimi ve prognozu açısından mevcut literatüre katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: obsesif kompulsif bozukluk, çocukluk çağı travması, etiyooloji

BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARINDA SERUM PPARGAMMA VE 15DPGJ2 DÜZEYLERİ

Gamze Erzin¹, Elif Tatlıdil Yaylaç², Rabia Yüksel², Çiğdem Aydemir², Bağdağül Çakır², Sevilay Sezer², Erol Göka²

¹Ankara Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

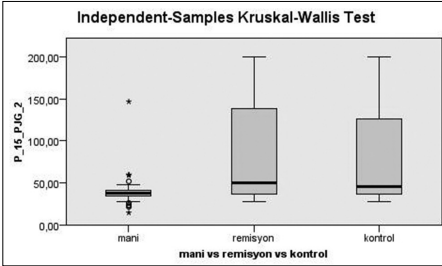
Giriş: Bipolar bozukluk mortalitesi ve morbiditesi yüksek bir psikiyatrik hastalıktır. Günümüzde bipolar bozuklukta progresif bir nöropatolojik süreç olduğuna dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır. (1) Kanıtlar göstermektedir ki, bipolar bozukluk ve inflamasyon, paylaşılan bir genetik polimorfizm ve gen ekstreasyonu ile ve aynı zamanda hastalık sürecinde değişen sitokin seviyeleri ile ilişkilidir (2). Peroksizom Proliferatör Aktive Edilmiş Reseptörler (PPAR) antiinflamatuvar markerlardan biridir. PPAR gen ekspresyonunu regüle eden, transkripsiyon faktörlerinin düzenlenmesinde rol oynayan bir grup nükleer reseptör proteinidir (3). Hücrel farklılaşma ve büyümenin düzenlenmesi, karbonhidrat, lipit, protein metabolizması ve yüksek organizmalardaki tümörögenizde önemli rol oynarlar. (4). PPAR'ların psikiyatrik hastalıklarda; inflamasyonun azaltılması, nörotransmitter modülasyonu ve metabolic regülasyon üzerinde etkileri olduğu düşünülmüştür (3). Bu çalışmada, bipolar bozukluk hastalarında, serum PPAR γ , 15d-PGJ2 ve IL-4 düzeyleri ile hastalığa ait belirti ve değişkenler arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Materyal ve metod: Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'ne başvuran, DSM-V ölçütlerine göre bipolar bozukluk tanısı olan mani ve remisyon dönemindeki hastaların çalışmaya alınması planlandı. Çalışma için etik kurul onayı alındı. Şubat 2015 – Ekim 2015 tarihleri arasında Psikiyatri kliniğine bipolar bozukluk tanısıyla başvuran mani ve remisyon döneminde olan ardışık 95 hasta çalışmaya alındı. Kontrol grubu için bilinen psikiyatrik ve nörolojik hastalığı olmayan gönüllülerden 44 tanesi ardışık olarak çalışmaya alındı.

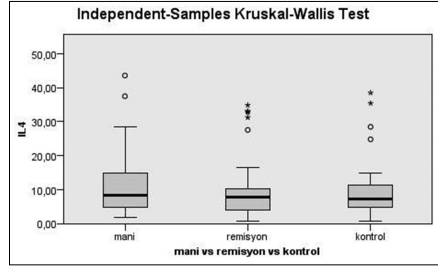
Bulgular: Mani dönemindeki hastalarda, remisyon dönemindekilere ve sağlıklı kontrollere göre PPAR γ , 15d-PGJ2 düzeyleri anlamlı olarak düşük bulunmuştur. PPAR γ , 15d-PGJ2 ve IL-4 ile diğer kan değerleri arasındaki ilişki incelendiğinde, Mani grubunda 15d-PGJ2 ile insulin ($r = -.36$) ve IL-4 ile TG ($r = -.35$) değerleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Remisyon grubunda ise sistolik kan basıncı (SistolKB) ile PPAR γ ($r = .40$) ve 15d-PGJ2 ($r = .45$) arasındaki ilişkiler anlamlı olarak bulunmuştur. Katılımcıların Young Mani Derecelendirmesi puanlarının sıra ortalamaları anlamlı olarak farklılaşma görülmüştür ($p = 0.007$).

Tartışma: Bizim çalışmamızda yapılan ölçümler ve istatistiksel incelemeler sonucunda mani dönemindeki hastalarda, remisyon dönemindeki hastalar ve sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığında 15d-PGJ2 ve PPAR γ düzeyleri anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Bu üç grup arasında IL-4 düzeyi açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sonuçlar mani grubunda, PPAR γ , 15d-PGJ2 ve IL-4 ile Young Mani Derecelendirme Ölçeği puanları arasında anlamlı ve negatif bir ilişki göstermektedir. Young Mani Derecelendirme ölçeği mani döneminde hastalığın şiddetini ölçen bir ölçek olup, hastalığı şiddetli olanlarda bu üç marker daha düşük bulunmuştur. Bu sonuç da hastalığın şiddetlendikçe anti-inflamatuvar markerların da buna korele olarak düştüğü olarak yorumlanabilir.

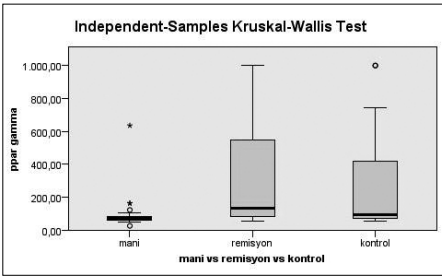
Anahtar Kelimeler: PPAR γ , 15d-PGJ2, bipolar bozukluk, inflamasyon



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

Tablo 1. PPAR γ , 15d-PGJ2 ve IL-4'in korelasyonları

	1	2	3
PPAR γ	1		
15d-PGJ2	,89	1	
IL-4	,10	,21	1

OBEZİTE HASTALARINDA ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN HİPNOTERAPİ (HİPNOBEZİTE) ÖNCESİ VE SONRASI KARŞILAŞTIRILMASI

Etem Erdal Erşan

Sivas Numune Hastanesi Psikiyatri Servisi

Obezite; vücuda besinler ile alınan enerjinin, harcanan enerjiden daha fazla olmasından kaynaklanan ve vücut yağ kitlesinin, yağsız vücut kitlesine oranla artması ile karakterize olan kronik bir hastalıktır. Obezite günümüzde toplumun tüm kesimlerini ilgilendiren, mortalite ve morbidite oranları üzerinde ciddi olumsuz etkileri olan ve gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin en önemli sağlık sorunları arasında yer alan bir halk sağlığı sorunudur. Obezite, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından en riskli 10 hastalıktan biri olarak kabul edilmektedir (WHO 1997).

Epidemiyolojik çalışmalar obezite ve ruhsal hastalıklar arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Obezite ile birlikte major depresyon, bipolar bozukluk, panik bozukluk ya da agorafobi prevalansı artar. Obezite nedeni ile tedaviye başvuranlar değerlendirildiğinde bu kişilerde kişilik bozuklukları, depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, uyku bozuklukları, tıknırıcısına yeme bozukluğu ve gece yeme sendromuna daha sık rastlandığı görülmüştür.

Amerikan Psikoloji Birliği (APA), 2014 yılında hipnoz ve hipnozla ilgili kavramlar için resmi bir tanım yayımlamıştır. Buna göre Hipnoz: Yapılan telkinlere karşı yükselmiş yanıt kapasitesi ile karakterize, dış uyaranları algılamada azalmanın ve dikkatin yoğunlaşmasında artışın ortaya çıktığı bir bilinç halidir. Hipnoterapi: Tıbbi psikolojik veya hedeflenen durumlarda tedavi amaçlı olarak hipnozun kullanılması durumudur.

Biz obezitede kullandığımız hipnoterapiye hipnobezite diyoruz. Hipnobeziteyle kişide sağlıklı ve dengeli beslenmeyi alışkanlık haline getirmeye çalışıyoruz. Bununla birlikte kişilerde; hipnoterapinin asıl amaçlarından olan iyi hissetmeyi de sağlıyoruz.

Yöntem: Psikiyatri polikliniğine başvuran ayaktan obezite hastalarında; gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden 30 kişiye yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak tanıtıcı bilgi formu ve ölçekler uygulandı. İlk olarak terapinin başlangıcında Anksiyete ve depresyonları düzeyleri belirlendi. Katılımcılara haftada 1 seans olmak üzere 10 hafta boyunca hipnobezite seansı uygulandı. 10 haftalık obeziteye yönelik hipnoterapi (Hipnobezite) sonucunda tekrar hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ölçüldü.

Bulgular: Hipnobezite öncesi anksiyete puanları $13,21 \pm 8,73$ iken sonrası $7,47 \pm 7,40$ 'a düşmüştür. Depresyon puanları hipnobezite öncesi $15,21 \pm 8,02$ iken terapi sonrası $7,58 \pm 6,41$ 'e düşmüştür. Terapi başlangıcında ve sonunda belirlenen düzeyler karşılaştırıldığında terapi sonunda hem anksiyete hemde depresyon düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düştüğü tespit edildi ($p \leq 0,05$).

Sonuç: Hipnoterapinin (Hipnobezite) obezite hastalarında anksiyete ve depresyon düzeylerini düşürmede etkin olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler : obezite, hipnoterapi, hipnobezite, anksiyete, depresyon

Tablo 1. Hastaların Hipnobezite öncesi ve sonrası Anksiyete ve Depresyon puanları

		<i>Ortalama</i>	<i>Standart sapma</i>	<i>t değeri</i>	<i>p değeri</i>
Anksiyete	önce	13,21	8,73	2,186	0,035
	sonra	7,47	7,40		
Depresyon	önce	15,21	8,02	3,241	0,003
	sonra	7,58	6,41		

18-25 YAŞ ARASI ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE ANNE-BABA TUTUMUNUN KİŞİNİN KAYGI DÜZEYLERİ VE BAĞLANMA TİPİ İLE İLİŞKİSİ

Alptekin Çetin, Ezgi Dokuzlu

Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Bu araştırmanın amacı 18-25 yaş arası üniversite öğrencilerinde anne-baba tutumunun kişinin kaygı düzeyleri ve bağlanma tipi ile ilişkisinin incelenmesidir. Araştırmanın örneklem grubunu İstanbul'un Üsküdar ilçesindeki Üsküdar Üniversitesi'nde öğrenim gören 75 kız ve 75 erkek, 150 üniversite öğrencisi oluşturmaktadır. Çalışmada anne baba tutumunu ölçmek için "Anne-Baba Tutum Ölçeği" (ABTÖ), katılımcıların kaygı düzeylerini incelemek için Sürekli Kaygı Envanteri (Stai Form TX-2), bağlanma tiplerini ölçmek amacı ile Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) katılımcılarla ilgili demografik bilgi edinmek için ise araştırmacı tarafından geliştirilen "Sosyo-demografik Bilgi Formu" kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 22.00 programı kullanılmıştır. Çalışma sonucunda 136 öğrencide orta, 10 öğrencide ise ağır anksiyeteye rastlanmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre, anne-baba tutumlarıyla kaygı düzeyi ve bağlanma tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bundan sonra yapılacak olan araştırmalarda daha geniş yaş aralığını içeren ve daha farklı sosyodemografik özellikleri barındıran örneklem grubu üzerinde çalışılması önemlidir. Literatürde ebeveyn tutumlarına yeterli yer verilmiş olsa da kaygı ve bağlanma ile ilgili araştırmaların kısıtlı olduğu dikkat çekmektedir. Bu sebeple bu alanda farklı gruplarda çalışmaların düzenlenmesi oldukça önemlidir.

Anahtar kelimeler: anne baba tutumu, bağlanma, bağlanma stilleri, sürekli kaygı, anksiyete

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE EPİLEPSİ POLİKLİNİĞİNDEN İSTENEN KONSULTASYONLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Şenay Kılınçel¹, Fevziye Bulca Karadem⁴, Gülfer Atasayar², Aylin Bican Demir², Oğuzhan Kılınçel⁵, Cengiz Akkaya³

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı

³Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

⁴Süleyman Demirel Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

⁵Tokat Dr.Cevdet Aykan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Giriş: Epilepsi hastalarında yaşam kalitesini düşüren faktörler arasında psikiyatrik ve bilişsel bozukluklar önemli yer tutmaktadır. Sağlıklı gruplarla ve diğer kronik nörolojik hastalıklarla kıyaslandığında epilepsi hastalarında daha yüksek oranda psikiyatrik hastalıklara rastlanmaktadır.

Materyal-metod: Çalışmaya Uludağ Üniversitesi Tıp fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Epilepsi Polikliniğinden Konsultasyon Liyezon Psikiyatri Polikliniğe yönlendirilen 117 epilepsi hastası alındı. Hastaların detaylı anamnezi alındı. Psikolog tarafından fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, mental sağlık vs. durumlarını değerlendirmeye yönelik Kısa form (SF-36), Hastane anksiyete değerlendirme ölçeği (HAS) ve Hastane depresyon değerlendirme ölçeği (HDS) kullanıldı

Bulgular: Çalışmaya alınan 117 hastanın 63 'ü kadın, 54 'ü erkekti. Ortalama yaş 47 idi. Hastaların nöbet özellikleri değerlendirildiğinde 41 primer jeneralize, 39 kompleks parsiyel, 20 basit parsiyel, 17 sekonder jeneralize nöbet saptandı. Hastaların psikiyatrik muayeneleri sonucunda DSM-V'e göre 63 (%56) hastada psikiyatrik bir tanı saptandı. Hastaların tanıları sırasıyla 23 depresif mizaçlı uyum bozukluğu, 18 major depresif bozukluk, 8 konversif bozukluk, 8 distimik bozukluk, 3 hafif düzey mental retardasyon, 2 hastada başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk, 1 obsesif kompulsif bozukluk olarak sonuçlandı. 54 hastada her hangi bir psikiyatrik bozukluk saptanmadı, yaşam kalitesi ölçeklerinde düşüklük saptanmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildi. SF-36 parametrelerinden genel sağlık algısı, yorgunluk, emosyonel rol kısıtlanması parametreleri epilepsisi olan kadın grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu. Yorgunluk ve emosyonel rol kısıtlanması ise kompleks parsiyel, basit parsiyel ve sekonder jeneralize epilepsisi olan kadın grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p < 0.01$). Genel sağlık algısı, yorgunluk, emosyonel rol kısıtlanması parametreleri epilepsisi olan erkek grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmasına rağmen sosyal fonksiyon ve fiziksel rol kısıtlanması sadece sekonder jeneralize nöbeti olan erkek grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p < 0.01$). HDS ve HAS ölçekleri değerlendirildiğinde kompleks parsiyel ve sekonder jeneralize nöbetleri olan kadınlarda hem depresyon hem anksiyete düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunurken, primer jeneralize nöbetleri olan kadın grubunda sadece depresyon düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

Tartışma: Eşlik eden psikiyatrik ve sosyal bozuklukların atlanması ve irdelenmemesi tedavi başarısını olumsuz etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda epilepsi hastalarında depresyonun en sık psikiyatrik komorbid durum olduğu ve bu hastalarda yaşam kalitesi ölçeğinde belirgin düşüklük saptandığı dikkat çekmiştir. Tekrarlayan nöbetler hastaların eğitimini, iş hayatını, araba kullanmasını, aile ve sosyal ilişkiler kurmalarını ve geliştirmelerini engelleyebilir. Epileptik hastalarda eşlik eden sosyal ve psikiyatrik sorunları saptamak gerekli durumlarda psikiyatrik yaklaşım ve tedavi hastaların yaşam kalitesini arttırmada nöbet kontrolü kadar önemlidir.

Anahtar kelimeler: Epilepsi, yaşam kalitesi, konsultasyon liyezon psikiyatri,

PANİK BOZUKLUĞU HASTALARINDA SERUM MİRNA EKSPRESYON PROFİLİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Fikret Poyraz Çökmüş¹, Erol Özmen², Tunç Alkın³, Muhammed Burak Batır⁴, Fethi Sırrı Çam⁴

¹Nazilli Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

²Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

³Dokuz Eylül Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

⁴Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı

Giriş: miRNA'lar son yıllarda psikiyatri alanında araştırılmaya başlanmış olsa bile anksiyete bozukluklarında çalışmaları kısıtlıdır. Araştırmamız panik bozukluğunda psikotrop kullanımının ve ek psikiyatrik hastalığın dışlandığı ilk miRNA ekspresyon çalışması olmuştur.

Amaç: Panik bozukluğunda miRNA'ların serum düzeylerinin biyobelirteç olarak kullanılabilirliğinin ve ekspresyonu değişen miRNA'ların ortaya konması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmada 35 panik bozukluğu hastası ve 35 sağlıklı kontrole sosyodemografik ve klinik bilgi formu, SCID-I, PBŞÖ uygulanmıştır. Her iki gruptan genetik değerlendirme için 2 tüp periferik venöz kan alınmıştır. Alınan kanlarda RT-PCR yöntemi ile miRNA ekspresyon analizi yapılmıştır.

Bulgular ve Tartışma: Panik bozukluğu grubunda sağlıklı kontrol grubuna göre 8 adet miRNA ekspresyon düzeyinin farklı olduğu bunlardan 5 tanesinin upregüle, 3 tanesinin de downregüle olduğu saptanmıştır. PBŞÖ alt maddeleri ve toplam puanı ile miRNA ekspresyon seviyeleri arasında korelasyon saptanmamıştır. İki grup arasında miR-1297 ve miR-4465 ekspresyon seviyeleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Her iki miRNA'nın da GABA_A reseptör alt tiplerini etkileyen gen bölgelerini düzenlediği bilinmektedir.

Sonuç: Panik bozukluğunun etyolojisinde rol oynadığı düşünülen GABA_A genlerini düzenleyen miR-1297 ve miR-4465 ekspresyon düzeyleri panik bozukluğu grubunda sağlıklı kontrollere göre upregüle bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: GABA, miR-4465, miR-1297, panik bozukluğu

Tablo 1. miR-1297 ve miR-4465'in etkiledikleri gen bölgeleri

	<i>miR-1297</i>	<i>miR-4465</i>
Gen Bölgeleri	GABRA4	GABRA4
	GABRB2	GABRB'
	GABRB3	
	GABRG1	

Tablo 2. Gruplar arası miRNA ekspresyon profillerinin karşılaştırılması

<i>Değişken*</i>	<i>Panik Bozukluğu (n:35) Ortanca (Interkuartil 25-75)</i>	<i>Sağlıklı Kontrol (n:35) Ortanca (Interkuartil 25-75)</i>	<i>p</i>
miR-203a-3p	1.62 (1.33-2.23)	1.39 (1.20-2.07)	0.32
miR-1297	6.49 (4.21-24.76)	17.87 (7.21-118.60)	0.002
miR-98-5p	0.00 (0.00-0.11)	0.00 (0.00-0.04)	0.26
miR-4458	0.00 (0.00-0.04)	0.01 (0.00-0.09)	0.14
miR-488-3p	0.00 (0.00-0.02)	0.02 (0.00-0.05)	0.45
let-7a	0.30 (0.21-0.61)	0.42 (0.21-0.82)	0.46
Değişken**	Panik Bozukluğu (n:35) Ort±ss	Sağlıklı Kontrol (n:35) Ort±ss	p
miR-4465	0.10±0.00	0.13±0.01	0.01
miR-26b-3p	0.21±0.03	0.25±0.04	0.48

*Değişkenler normal dağılım göstermediği için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır .
**Değişkenler normal dağılım gösterdiği için independent samples t testi kullanılmıştır.

NON-İNVAZİV VE HASSAS HEDEF ODAKLI YENİ BİR NÖROMODİLASYON MODELİ; BAĞIMLILIKTA FUS İLE NUKLEUS AKUMBENS UYARIMI

Erdem Deveci¹, Alperen Kılıç¹, Arif Sanlı Ergün², Ayhan Bozkurt³, Ahmet Öztürk¹, Çiğdem Dilek Şahbaz¹, Mehmet Şerif Aydın¹, Mukaddes Eşrefoğlu¹, İsmet Kırpınar¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

²Tobb Etü Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi Mühendislik Fakültesi

³Sabancı Üniversitesi Mühendislik ve Doğa Bilimleri Fakültesi

Bu çalışma Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) tarafından 214S249 nolu araştırma projesi kapsamında desteklenmiştir

Giriş ve Amaç: Madde bağımlılığı patogeneğinde merkezi öneme sahip nukleus akumbens (NA)'ın DBS ile uyarılmasının morfin bağımlılığı üzerinde olumlu etkileri çok sayıda çalışmada gösterilmiştir. Bu çalışmada da invaziv olmayan bir yöntem olan odaklanmış ultrason aracılığı ile yine aynı bölgenin uyarılmasının koşullu yer tercihi modelinde morfinle koşullandırılmış sıçanlarda, morfine bağlı yer tercihinin etkisi araştırılmıştır.

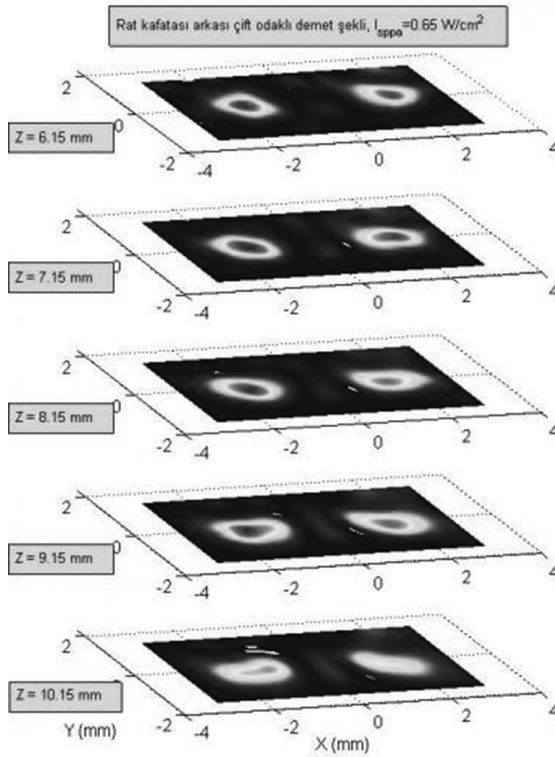
Gereç ve Yöntem: Çalışmada 26 adet Sprague Dawley cinsi sıçan kullanılmıştır. Çalışma iki aşamalı olarak tasarlanmıştır. Birinci aşamada sıçanlar serum fizyolojik (SF) ve morfin grubu olarak ikiye ayrılmıştır. 14 günlük koşullanmış yer tercihi protokolü kullanılarak morfinin pekiştirici ve ödüllendirici etkisi Koşullandırılmış Yer Tercihi aparatı vasıtasıyla değerlendirilmiştir. Ardından 3 gün ön test aşaması, 10 gün koşullandırma aşaması sürmüştür. Son gün de tercih testinde morfin arama davranışı ile ödüllendirici etkisi değerlendirilmiştir. Tüm sıçanların kalvriyumlarına cerrahi işlemle mikrastis yerleştirilmiştir. İkinci aşamada, morfin grubu randomize olarak sahte uyarı alan SHAM grubu ve ultrason (US) grubu olarak ikiye ayrılmıştır. 10 günlük stimülasyon prosedürü esnasında da morfin ve serum fizyolojik enjeksiyonları ile koşullandırma işlemine devam edilmiştir. Ultrason transduceri (Imasonic, Fransa) bilateral Nucleus Accumbense odaklanmıştır. Ultrason parametrelerimiz; temel frekans: 2,8 MHz, pulse repetition frequency (PRF): 250 Hz, duty cycle (DC): %50, sonifikasyon süresi (SS): 300 msn, delay: 1700 msn, Isppa (spatial-peak pulse-average intensity): 4.06 W/cm², Ispta (spatial-peak temporal-average intensity): 305 mW/cm² olarak belirlenmiştir.

Histolojik İnceleme: Deney gruplarından alınan beyin dokuları mikroskopik inceleme için Hematoksilen & Eosin bileşik boyama yöntemi ile boyanmış ve ışık mikroskobu (Nikon, Eclipse i5, Japonya) ile incelenmiştir. Ayrıca, İmmünohistokimyasal Boyama amacıyla Tavşan poliklonal anti-JNK1, anti-caspase 3 ve anti-MAP2 birincil antikorları ve Alexa Fluor 488 konjuge sekonder antikor kullanılarak işaretleme yapılmıştır. Daha sonra kesitler DAPI içeren kapama maddesi ile kapatılarak konfokal mikroskopta incelenmiştir.

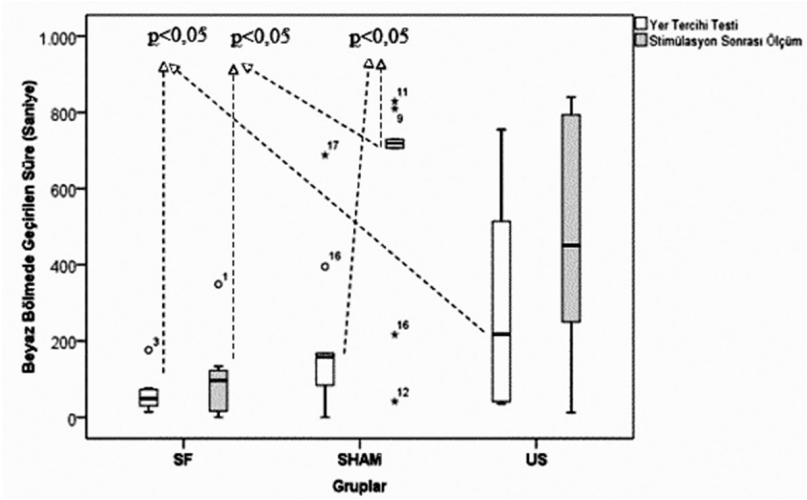
Bulgular: Bulgularımız ilgili tablo ve grafikte verilmiştir. Özetle çalışmamızda;

- SF grubunun beyaz bölgede geçirdiği sürede deneyler boyunca anlamlı bir değişiklik gözlenmemiştir.
- Stimülasyon sonrası ölçümde SHAM grubu SF grubuna göre morfinle eşleştirilen beyaz duvarlı bölgede anlamlı olarak daha çok süre geçirdi ($p < 0,05$).

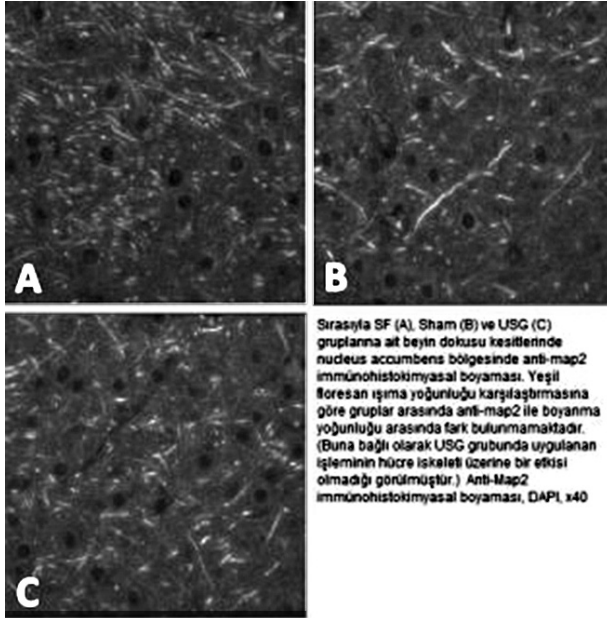
- Stimülasyon öncesi aşamada (Yer tercihi aşaması) US grubu SF grubuna göre morfinle eşleştirilen beyaz duvarlı bölgede istatistiki olarak anlamlı düzeyde daha fazla vakit geçirmektedirken, stimülasyon sonrası ölçümde anlamlı bir farklılık yoktur.
- SHAM grubunun morfinle eşleştirilen beyaz duvarlı bölgede geçirdiği süre stimülasyon sonrası ölçümde, yer tercihi test aşamasına göre anlamlı farklıydı ($p < 0.05$).
- US grubunun morfinle eşleştirilen beyaz duvarlı bölgede geçirdiği süre stimülasyon sonrası ölçümde, yer tercihi test aşamasına göre anlamlı farklılık göstermedi.
- Postmortem beyin histolojik incelemelerinde herhangi patolojik bulguya rastlanmamıştır.



Şekil 1. Rat kafatası arkasındaki demet şekilleri. Transdüserin merkezi bregma'nın 1.8 mm önüne denk gelecek şekilde pozisyonlanmıştır.



Şekil 2. Deney 2 aşamasında morfinle eşleştirilmiş olan beyaz alanda geçirilen süreler
Beyaz alanda geçirilen süre değerleri median (minimum- maksimum) olarak verildi



Tablo 1. US ve Sham grubunun SF grubu ile morfinle eşleştirilmiş olan beyaz bölgede geçirilen süreye (Sn) göre karşılaştırılması: Değerler median (Minimum - Maksimum) olarak verildi, SF grubuna göre istatistiki anlamlılık: **p<0,01 *p<0,05, Grup içinde stimülasyon sonrası ölçümün yer tercihi testine göre anlamlılığı: #p<0,05

	<i>Yer Tercihi Testi</i>	<i>Stimülasyon Sonrası Ölçüm</i>
SF	43,7 (0,0 - 176,3)	96,3 (0,0 - 348,7)
SHAM	158,6 (0,0 - 687,4) *	719,0(41,1 - 828,6) ** #
US	165,8 (35,5 - 754,9) *	450,6 (12,0 - 839,5)

Sonuç: Çalışmamız opioid bağımlılığında Phased Array Teknolojisi ile çalışan Düşük Yoğunluklu Odaklanmış Ultrason tedavisinin etkinliğini ve beyin dokusu üzerinde bir zararı olmadığını göstermesi bakımından öncü ve önemli bir çalışma olup, invaziv olmayan bu beyin uyarısı ile tedavi metodunun diğer madde bağımlılığı modelleri ve dahası farklı psikiyatrik bozukluk modelleri ile çalışılması ile bu sahada önemli bir boşluğun doldurulabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Phased Array, Düşük Yoğunluklu Odaklanmış Ultrason, Morfin Bağımlılığı, Opioid Bağımlılığı, Nucleus Accumbens

İDİOPATİK PARKINSON HASTALARINDA ANKSİYETE VARLIĞININ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTESİ VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Aybala Neslihan Alağöz¹, Neslihan Kumsar², Bilgehan Atılğan Acar¹, Nimet Can¹, Türkan Acar¹

¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı

²Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği

Giriş: İdiopatik Parkinson Hastalığı (İPH); progresif nörodejeneratif bir hastalıktır. Klinik olarak, bradikinezi, rijidite, postural instabilite ve istirahat tremorunu içeren motor semptomlar ile karakterizedir. Ancak bazen nonmotor semptomlar, motor semptomlara göre daha fazla disabiliteye yol açmaktadır. Depresyon ve anksiyete sıklıkla görülür ve PH'larının yaşam kalitesini belirgin düşürür. Bizim çalışmamızda; başka bir psikiyatrik hastalığı olmayan İPH'larında, yeni bir değerlendirme yöntemi olan ve Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması tarafımızdan yapılan "Parkinson Anksiyete Skalası" (PAS) ile derecelendirilen anksiyete seviyelerinin, hastaların günlük yaşam aktivitesine ve yaşam kalitesine etkisi çalışılmıştır.

Metod: Çalışmaya; mini mental testi 24'ün üzerinde, başka bir psikiyatrik hastalığı olmayan 83 İdiopatik İPH dahil edildi. Hastalar UPDRS, H-Y skalası ve PHA 39 ile değerlendirildi. PAS, Hamilton ve Beck anksiyete ölçekleri ile hastaların anksiyete dereceleri belirlendi.

Sonuçlar: PAS'a göre özellikle devamlı anksiyetesi yüksek olan hastaların; UPDRS'e göre mental durum, günlük yaşam aktivitesi ve motor fonksiyonları açısından daha kötü olan hastalar olduğu saptanmıştır ($p=0.06$, 0.029 , 0.022). PAS'a göre devamlı anksiyete ve kaçınma davranışı ile total PAS puanı yüksek hastaların, PHA-39'a göre yaşam kaliteleri düşük bulunmuştur ($p=0.0$, 0.018 , 0.0).

Sonuç: Çalışmamızda; İPH'da nonmotor semptomlar arasında sık görülen anksiyete bozukluklarının hastaların yaşam kalitesini belirgin şekilde düşürdüğü yeni bir ölçek ilede gösterilmiştir. Anksiyetenin tedavisi ile bu durumun düzelmesi mümkün olabilmektedir. Çalışmamızın ikinci kısmı bu tezi doğrulamak üzere devam etmektedir.

Anahtar kelimeler: idiopatik parkinson hastalığı, anksiyete, parkinson anksiyete skalası, günlük yaşam aktivitesi, yaşam kalitesi

İdiopatik Parkinson Hastalığı, Anksiyete, Parkinson Anksiyete Skalası, Günlük Yaşam Aktivitesi, Yaşam Kalitesi
İDİOPATİK PARKINSON HASTALARINDA ANKSİYETE VARLIĞININ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTESİ VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

BİLİNÇLİ FARKINDALIK TEMELLİ BİLİŞSEL TERAPİ PROGRAMININ ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN KAYGI DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Volkan Demir

Klinik ve Adli Psikoloji Derneği

Amaç: Bu çalışmada, psikososyal müdahalelerden biri olan bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi programının üniversite öğrencilerinin kaygı düzeyleri üzerindeki etkisi sorgulanmıştır. Araştırmanın temel amacı doğrultusunda üniversite öğrencilerinin bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi programına katılımından sonra kaygı puan ortalamalarının düşeceği hipotez olarak kabul edilmiştir.

Yöntem: Araştırmada, deneme modellerinden “Tek grup öntest - sontest kontrol grup-suz yarı deneysel desen” kullanılmıştır. Araştırma Klinik ve Adli Psikoloji Derneğinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemi, 2015-2016 öğretim yılı bahar döneminde, İstanbul Gelişim Üniversitesi Psikoloji bölümünde öğrenim görmekle olan ikinci ve üçüncü sınıf öğrencileri arasından seçilen öğrencilerden oluşmaktadır. Çalışma grubunu oluşturan toplam katılımcı sayısı 16’dır. Araştırmaya kabul ölçütleri; uygulanan Beck Anksiyete Envanteri puan sonuçlarına göre ‘Orta’ ve ‘Şiddetli’ düzeyde puan ortalaması olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılar olarak belirlendi.

Bulgular: Katılımcıların kaygı ön test puan ortalamaları =21.37, son test puan ortalamaları = 18,25 olduğu görülmektedir. Son test – ön test arasındaki bu puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($z=-2,170$ $p<.05$).

Sonuç: Bilinçli farkındalık temelli bilişsel teknikler kullanılarak yapılan terapi programının uygulama yapılan öğrencilerin kaygı düzeylerinin düşmesine sebep olduğu gözlenmiştir.

Anahtar kelimeler: bilinçli farkındalık, bilişsel terapi, kaygı, üniversite öğrencileri.

FARKINDALIK TEMELLİ BİLİŞSEL TERAPİ VE SANATLA TERAPİ PROGRAMININ BİREYLERİN ALEKSİTİMİ DÜZEYLERİNE ETKİLERİ

Volkan Demir

Klinik ve Adli Psikoloji Derneği

Amaç: Bu çalışmada, bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi ve sanatla terapi teknikleri kullanılarak yapılan grup uygulamalarının bireylerin aleksitimi düzeyleri üzerindeki etkileri sorgulanmıştır. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki hipotezler sınanmıştır.

1. Farkındalık temelli bilişsel terapi programına katılan birinci deney grubundaki bireylerin, kontrol grubundaki bireylere göre aleksitimi düzeylerinde anlamlı düzeyde azalma olacaktır.
2. Sanatla terapi programına katılan ikinci deney grubundaki bireylerin, kontrol grubundaki bireylere göre aleksitimi düzeylerinde anlamlı düzeyde azalma olacaktır.
3. Farkındalık temelli bilişsel teknikler kullanılarak yapılan terapi programı aleksitimi düzeylerini azaltmada sanatla terapi programına kıyasla daha etkili olacaktır.

Yöntem: Bu araştırmada ön test - son test kontrol gruplu deneysel desen kullanılmıştır. Bu desen doğrultusunda iki deney ve bir kontrol grubunda yer alan deneklere deney öncesi Totonto Aleksitimi Ölçeği ön test olarak uygulanmıştır. Daha sonra, birinci deney grubunda yer alan deneklere sekiz oturumdan oluşan, bilinçli farkındalık temelli bilişsel teknikler kullanılarak grup uygulaması ve ikinci deney grubuna da sekiz oturumdan oluşan sanatla terapi yöntemleri kullanılarak grup uygulaması yapılmıştır. Bu süre içerisinde kontrol grubuna hiçbir işlem uygulanmamıştır.

Bulgular: Bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi tekniklerinin kullanıldığı birinci deney grubundaki bireylerin aleksitimi ön test – son test puanları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($z = -1,980$ $p < .05$). Bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi programına katılan birinci deney grubundaki bireyler ile kontrol grubundaki bireylerin aleksitimi puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($U = 37,50$ $p < .05$).

Sanat terapisi tekniklerinin kullanıldığı ikinci deney grubundaki bireylerin aleksitimi ön test – son test puanları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($z = -2,551$ $p < .05$). Sanatla terapi programına katılan ikinci deney grubundaki bireyler ile kontrol grubundaki bireylerin aleksitimi puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($U = 52,00$ $p < .05$).

Deneysel çalışma sonunda, bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi programına katılan birinci deney grubundaki bireylerle, sanatla terapi programına katılan ikinci deney grubundaki bireylerin aleksitimi puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($U = 76,50$ $p > .05$).

Sonuç: Yapılan analizler, bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi programının, bireylerin aleksitimi düzeylerini azaltmada etkili olduğunu göstermiştir. Analizler, sanatla terapi teknikleri ile yapılan grup uygulamasının da bireylerin aleksitimi düzeyleri üzerinde etkili olduğunu göstermiştir. Araştırma bulgularından biri de, bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi programına katılan grup ve sanatla terapi programına katılan grubun aleksitimi son-test puanları arasında anlamlı bir fark olmadığıdır. Ancak sonuçlar bu beklentiyi doğrulamamıştır. Sonuç olarak, araştırma bulgularından yola çıkarak bireylerin aleksitimi düzeylerini azaltmada sanatla terapi programının, farkındalık temelli bilişsel terapi teknikleri kullanılarak yapılan grup uygulamalarından daha etkili olduğu söylenebilir.

Anahtar kelimeler: farkındalık, bilişsel terapi, sanatla terapi, aleksitimi

SANAT TERAPİSİ TEKNİKLERİ KULLANILARAK YAPILAN GRUP UYGULAMASININ TRAVMA İLE İLGİLİ BİLİŞLERE ETKİSİ

Burcu Yıldırım

Psiyatri ve Psikoloji Bilimleri Enstitüsü

Amaç: Travmayla ilgili bilişlerin, travma araştırmalarında ve klinik uygulamadaki rolü gün geçtikçe daha çok önem kazanmaktadır. Araştırmalar travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) sürmesi ve kronikleşmesinde bilişlerin önemli rol oynadığını göstermektedir. Bu araştırma, sanatla terapisi programının bireylerin travma sonrası bilişlere etkisini araştırmak amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırmada, deneme modellerinden “Tek grup öntest - sontest kontrol grupsuz deney deseni” kullanılmıştır. Ölçme araçları ile toplanan verilerin çözümlenmesinde; araştırmanın genel amacı çerçevesinde cevapları aranan amaçlara yönelik olarak toplanan veriler SPSS programına girilmiştir ve veriler üzerinde gerekli istatistiksel çözümlemeler için SPSS 16.0 paket programından yararlanılmıştır. Öntest - sontest puan karşılaştırmalarında, puanlar arasındaki farkın anlamlılığını test eden parametrik olmayan istatistiksel tekniklerden biri olan Wilcoxon İşaretli Sıralı Testi kullanılmıştır.

Program: Araştırma, ön-test ve son-test uygulamaları arasında gerçekleştirilen bireylerin travma sonrası bilişlerini olumlu yönde değişmelerine yönelik sekiz oturumluk Sanatla Terapi Programı’dır. Program araştırmacı tarafından birçok kaynaktan yararlanılarak geliştirilmiştir (Capacchione, 2012; Demir ve Yıldırım, 2016; Malchiodi, 2011; Liebmann, 2004). Araştırmanın çalışma grubunu, yaşları 18-28 arasında değişen 10 kadın 1 erkek toplam 11 katılımcı oluşturmaktadır. Çalışmada katılımcılara başlangıçta ve sekiz haftanın sonunda Travma Sonrası Bilişler Ölçeği verilmiştir.

Sonuç: Yapılan analizler sanatla terapi programının, bireylerin travma sonrası bilişlerini azaltmada olumlu bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir ($z=-2,268$ $p<.05$).

Anahtar kelimeler: sanatla terapi, travma, biliş

UMBLİKAL HERNİ İLE BİRLİKTELİK GÖSTEREN PANİK NÖBETLER: BİR OLGU SUNUMU

Fatmagül Dikyar Altun

Burdur Devlet Hastanesi

Amaç: Litaratürde organik etyoloji ile birlikte görülen panik bozukluk alanında çok fazla veriye rastlanmamıştır. Bu yazıda umblikal herninin belirtileri ile birlikte panik nöbetlerin tetiklendiği olgu üzerinden, bu konuya dikkat çekmek istenmiştir.

Olgu: 41 yaşında kadın hasta, lise mezunu, evli ve üç çocuk annesi. Hasta ilk olarak 15 yıl önce olan, karın ağrısı, mide bulantısı, sık sık tuvalete gitme ihtiyacı, çarpıntı, terleme, nefes alamama hissi şeklinde olan panik nöbetleri yaşamaya başlamış. Önceleri 2-3 ayda bir olurken, son 5 yıllık zaman zarfı içerisinde ataklar giderek sıklaşmış. Yaklaşık 3 yıl önce çok şiddetli başlayan ve bir türlü sonlanmayan atak nedeni ile ambulansla hastaneye kaldırılmış. Yaşadığı “en şiddetli atak” olarak tariflediği nöbette çok şiddetli karın ağrısı, mide bulantısı ve taşikardi (180-200 atım/dk) mevcutmuş. Kaldırıldığı merkezde, organik etyoloji açısından değerlendirilmiş, organik etyoloji düşündürecek herhangi bir bulguya rastlanmaması neticesinde panik bozukluk tanısı almış. Yapılan fizik muayene, tetkik ve gerekli konsültasyonların neticesinde hastada vitamin B12 düşüklüğü ve obezite haricinde herhangi fiziksel patolojiye rastlanmadı. Hastanın son tedavisi 150 mg/gün venlafaksin şeklindeydi ve ataklar yoğun bir şekilde (son hafta içinde 4 kez ve şiddetli) devam ediyordu. Self medikasyon amaçlı benzodiazepin dozunu artırmıştı. (günde 6 kez 0,5 mg) Son zamanlarda panik nöbeti semptomlarına agorafobi de eşlik ediyordu. Toplu taşıma araçlarını kullanamıyor, araba içinde seyahat ederken çok huzursuz oluyordu. Özellikle diyare nedeni ile acil tuvalete gitme ihtiyacı olacağı ve tuvalete yetişemeyeceği korkusu yaşıyordu. Deniz kenarı bir yerleşimde yaşayan ve daha önceleri çok sık yüzmesine rağmen, suya girmekten kaçınıyor, girebilse bile açılmıyordu. Bugüne kadar çok çeşitli psikiyatrik tedaviler almasına rağmen tam olarak klinik iyilik hali sağlamayan hasta bir radyoloji merkezine başvurmuş, orada endoskopi, kolonoskopi ve batin USG yapılmış. Batin USG sonucu: ‘Umblikus düzeyinde ön duvarda 10 mm çapta detektif görünüm mevcut olup, bu düzeyde valsalva ile daha da belirginleşen yağ dokuların ve fasyaların öne doğru herniye olduğu dikkati çekmektedir’ şeklindeydi. Panik bozukluk semptomlarının bir çoğunun herniasyona bağlı olabileceği söylenen hasta 6 ay önce opere edilmiş. Operasyondan sonra hasta hiçbir panik nöbeti tarifilemedi. Benzodiazepin kullanımını operasyondan sonraki 2 hafta içinde tedricen kesmiş. Paroksetin de yaklaşık bir ay önce kesilmiş. Hastanın agorofobisi azalmış ve yüzme fobisi tamamen düzelmiş.

Tartışma: Panik bozukluğu tıbbi hastalıklarla; kardiyovasküler sistem, pulmoner sistem, gastro-intestinal sistem, metabolik ve nörolojik sistem hastalıklarıyla da birarada görülebilmektedir. Panik bozukluğu ve eş tanıli durumların varlığında kronisite ortaya çıkmakta, varolan belirtiler şiddetlenmekte ve tedavi yanıtıslığı gelişmektedir(1) Olgumuzda da, panik nöbetler, muhtemelen omentumun herniye olması sonucu başlayan karın ağrısı ve mide bulantısı tetiklenmiştir. Herniasyonun opere edilmesinden sonra meydana gelen dramatik düzelme de bunu desteklemektedir. Panik bozukluğunda psikiyatrik ve fiziksel durumların araştırılması ve eş tanıli durumların uygun şekilde tedavi edilmesi, hastaların yaşam kalitesinin ve işlevselliklerinin artmasını sağlayacaktır.(1)

Kaynaklar

1. DG Öyekçin, MM Demet. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi, 2012; 5(4):1-12

Anahtar Kelimeler: panik bozukluk, panik nöbetler, organik etyoloji, umblikal herni, karın ön duvarı defektleri, ayırıcı tanı

POSTER BİLDİRİLER

ENSEST SÜRECİNDE ANNE NEREDE?: BİR OLGU SUNUMU

Nermin Gündüz¹, Aslıhan Polat², Hatice Turan³, Ömer Turan⁴

¹Erzurum Bölge Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

³Özel Moodist Psikiyatri Ve Nöroloji Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

⁴Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Adli Tıp Kliniği

Giriş: Encest tanım olarak ahlaki, hukuki ve dini bakımdan evlenmeleri yasak olan yakın akraba konumundaki bireylerin cinsel ilişkide bulunmaları olarak tanımlanabilir. Genellikle aynı genetik bağa sahip bireyler arasındaki cinsel ilişkiye atıfta bulunulur (1).

Bu olguda kendi çocukları arasındaki kardeş encestini öğrenen annenin bilişleri, zorlukları ve tutumları tartışılacaktır.

Olgu sunumu: NN, 48 yaşında ev hanımı, ikinci evliliğini yapmış kadın hastanın kızının aile içi cinsel istismara uğradığını iddia ettiği; bu nedenle adli süreç başlatıldığı belirtilerek adli tıp aracılığıyla tarafımıza yönlendirildi. Hastanın geliş şikayetleri mutsuzluk, keyifsizlik, isteksizlik, hayattan zevk alamama, uykuya dalamama, kabus görme ve sinirlilikti. Öyküsünde çoklu travmatik yaşantıları mevcut olan hastanın bu şikâyetlerinin kızının oğlu tarafından cinsel istismara uğradığını öğrenmesinin ardından başlamış. Temmuz 2010'da hastanın kızı bayıla sonrasında, Kadın Doğuma yönlendirilmiş. Hastamız burada kızının tecavüze uğraması nedeni ile ilaç olarak öz kıyım girişimi olduğunu öğrenmiş. Hastanın kızı SHÇEK'na yönlendirilmiş, oğlu ise 5 Temmuz 2010'da gözaltına alınıp cezaevine gönderilmiş. Hasta oğullarından şikâyetçi olmadıklarını ilettiler. Hasta kızından olayın 8 yaşından beri toplam 9 yıldır devam ettiğini, olay günü ise tacizin koitus boyutunda olduğunu öğrenmiş. Ek olarak kızının 4 yıldır dayı tarafından da taciz edildiğini öğrendiği görüldü. Hasta bu süreçte hem kızını kurumda ziyarete gitmiş, hem de oğlunu cezaevinde görmeye gittiğini iletliyordu. Ocak 2011'den itibaren kızının 18 yaşını doldurması ve ailenin isteğiyle birlikte yaşamaya başladıkları oğlunun ise dava sürecinin devam ettiği öğrenildi. Süreçte ailenin baskısı nedeniyle hastanın kızı son mahkemede ağabeyine iftira attığını söylediğinden hastanın oğlunun serbest bırakıldığı bilgisi edinildi. Diğer taciz olayları ile ilgili yasal süreç başlatmak istemediklerinin ifade etti. Hasta TSSB ve MDB ön tanımları ile poliklinik takibine alındı. Sertralin 100 mg/gün tedavisi başlandı. Görüşmelerde encest olayı ayrıntılandırıldı. Hastanın geçmiş çoğul travmaları konuşuldu.

Sonuç: Uzmanlar annenin encesti hemen fark etmesini beklemektedirler. Anneden beklenen, çocuğu encest olayını paylaştığında çocuğuna inanması, şüpheli bir durum olduğunun annenin bunu hemen fark etmesidir. Oysa anne encesti fark etmeyebilir, encest iddiasına inanmayabilir, inansa bile her zaman encesti durdurma gücü göstermeyebilir. Bunların en önemli nedeni ise encesti mağdurun suçlu gibi algılayan, saldırganla beraber tüm aileyi yargılayan, anneyi ailenin birliğini her durumda korumakla görevli sayan toplumsal baskılardır. Tarihsel olarak en sık baba kız encesti tanımlanmakta ve kardeşler arası encest kavramı göz ardı edilmektedir (2, 3). Bizim vaka sunumumuzda bir ağabey kız kardeş encesti tanımlanmıştır. Anne bir taraftan toplum baskısı altında ezilmekte, bir de çocukları arasında seçim yapmak zorunda kalmaktadır. Sunduğumuz vaka çocukları arasında encest olduğunu öğrenmiş fakat süreçte bir tercih yapmak zorunda bırakılmış bir annedir.

Kaynaklar

- 1- Kellogg N. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics*. 2005;116(2):506–512. doi: 10.1542/peds.2005-1336.
- 2- Seto MC, Lalumière ML, Kuban M: The sexual preferences on incest offenders. *J Abnormal Psychology*, 108(2):267-272, 1999.
- 3- Öztürk M, Güzelhan Y, Ortaköylü L: Encest öyküsü olan adli olguların incelenmesi. *Yeni Symposium*, 38(1):15-18, 2000

Anahtar kelimeler: encest, anne bilişleri, TSSB

BİR OLGU ÜZERİNDEN HIZLI SEYİRLİ DEMANSA YAKLAŞIM

Rukiye Ay

Malatya Devlet Hastanesi

Amaç: Demans genellikle yıllar içinde ilerlerken nadiren “hızlı seyirli demans” olarak adlandırılan haftalar, aylar içinde ilerleyen seyir gösterebilir. Bu yazıda bir olgu üzerinden hızlı seyirli demans hastasına yaklaşım tartışılmıştır.

Olgu: 61 yaş erkek hasta. Aralık 2015’de son bir aydır varolan isteksizlik, dikkatini toplayamama, sabahları uyanmakta zorlanma, iştahsızlık ve unutkanlık şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde psikiyatrik ve nörolojik hastalık, kafa travması öyküsü yoktu. 5 yıllık hipertansiyon tanısı ile ilaç kullanıyordu. Ruhsal muayenede bilinç açık, oryante, koopereydi. Görüşmeye isteksizdi. Duygulanımı depresifdi. Düşünce içeriğinde günlük yaşam olayları ile ilgili düşünceleri mevcuttu. Algı kusuru saptanmadı. Psikomotor yavaşlama mevcuttu. Bellek muayenesi doğaldı. Dikkat azalmıştı. Psikofizyolojisinde uykusuzluk, cinsel istekte azalma mevcuttu. HDÖ:17, MMT: 26 olarak değerlendirildi. Duloksetin 30 mg tedavisi düzenlendi. Sonraki kontrolünde duloksetin 60 mg/güne arttırıldı ve aripirazol 5 mg/gün eklendi. Şubat 2016’da evdeki eşyaları bulamadığı, fatura yatırma gibi işleri yapamadığı, sorduğu soruları tekrar tekrar sorduğu öğrenilen hastaya uygulanan MMT: 22 olarak saptandı. Beyin MR’da “bilateral hemisferik kortikal sulcuslarda atrofik dilatasyon” saptandı. Donepezil 10 mg/gün başlandı. Mayıs 2016’da donepezil kesilerek memantin 20 mg/gün’e geçilmesine rağmen unutkanlık şikayeti gittikçe arttı ve işlevselliği bozuldu. Temmuz 2016’da rivastigmin 9 mg/gün eklendi. Hastanın son takibinde evde odaları karıştırdığı, mutfak lavobosuna tuvaletini yaptığı, evdeki yakınlarını tanıyamadığı, soru sorulmadıkça konuşmadığı, yemek yemesi hatırlanmazsa yemek yemediği, kıyafetlerini yarımsız değiştiremediği öğrenildi. MMT: 17 olarak ölçüldü. Hızlı ilerleyen demans açısından nöroloji tarafından değerlendirildi. Nörolojik muayenede fokal nörolojik belirti saptanmadı, enfeksiyon, metabolik, immün nedenlere yönelik markerlar çalışıldı pozitif bir bulgu saptanmadı, Tekrarlanan beyin MR’ da kortikal atrofi dışında bulgu saptanmadı, EEG normaldi. LP planlandı hasta yakınları kabul etmedi. Hasta rivastigmin 9 mg/gün, memantin 20 mg/gün, aripirazol 10 mg/gün tedavisi ile sık aralıklarla takip edilmektedir.

Tartışma: Hastamızın yakınmalarının son bir ay içinde hızlı olarak başlaması, görüşmeye ve testlere karşı isteksiz, tariflenen kayıplara karşı ilgisiz olması, bellek bozukluğunun saptanmaması, MMT:26 saptanması nedeniyle DSM-5’e göre “depresif bozukluk” tanısı konularak tedavi başlandı. İlk başvurudan yaklaşık üç ay sonra hala yakınmalarında düzelme olmaması, MMT: 22 olması, bellek bozukluğunun ve işlevsellikte kaybın eşlik etmesi, beyin MR bulgularında desteğiyle demans tanısı konuldu. Hızlı seyirli demans için en sık neden Creutzfeld-jakob hastalığı, alzheimer gibi nörodejeneratif hastalıklardır. Bunların dışında viral ensefalitler, sifiliz gibi enfeksiyöz nedenler, B1, B12 vitamini eksikliği gibi metabolik nedenler, paraneoplastik limbik ensefelopati gibi otoimmün, tiroid anormallikleri gibi endokrin nedenler, lenfoma gibi maligniteler ayırıcı tanıda değerlendirilmelidir. Hızlı seyirli demans hastasıyla karşılaşıldığında izlenecek yol tabloda özetlenmiştir (tablo 1).

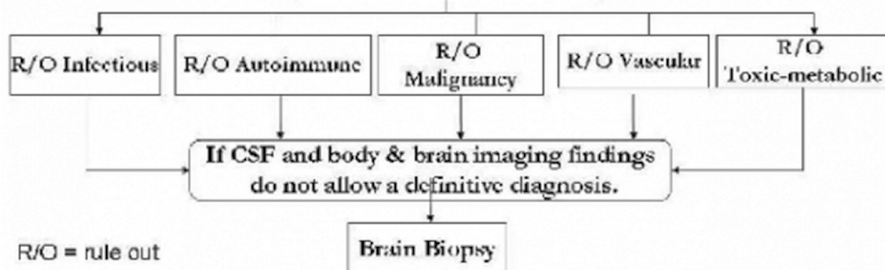
Sonuç: Atipik gidişli ve kısa sürede ölümlle sonuçlanan hızlı seyirli demansı kısa sürede değerlendirip müdahale etmek oldukça önemlidir. Bu yazının amacı klinisyenlerin hızlı seyirli demansa karşı farkındalığını arttırmaktır.

Anahat kelimeler: Hızlı seyirli demans, Ayırıcı tanı , Depresif bozukluk

Patient with RPD

- **Blood:** CBC, chemistry (including Ca, Mg, phosphorus); LFTs; RPR; rheumatology screen (ESR, ANA, RF and CRP); thyroid function; B12; homocysteine; anti-thyroglobulin and anti-thyroperoxidase antibodies; HIV; Lyme; paraneoplastic antibodies & non-paraneoplastic antibodies (eg. VGKC, anti-GAD65...)
- **Urine analysis**
- **LP:** Cell count & differential Protein; Glucose; IgG index; OCB; VDRL
- **Imaging:** Brain MRI (including FLAIR and DWI) with and without contrast
- **EEG**

Further evaluation (Fig 13.2)



MEME KANSERLİ HASTALARDA TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU VE TRAVMA SONRASI BÜYÜME ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Bilgen Biçer Kanat¹, Berker Duman², Ersin Budak¹, Sinay Önen¹, İbrahim Taymur¹, Ayşe Gül Yılmaz Özpolat³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, psikiyatri Kliniği

²Ankara Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı

³Kırıkkale Üniversitesi Anabilim Dalı

Amaç: Travma Sonrası Stres Bozukluğu(TSSB) ve Travma Sonrası Büyüme(TSB) arasında olumlu yönde bir ilişki olduğu bilinmektedir. Meme kanserli hastalarda bu yapılar arasındaki ilişkiye ait bilgimiz sınırlı düzeyde bulunmaktadır. Çalışmamızda bu kavramlar arasındaki ilişkinin belirlenmesi ve bu ilişkiye etki eden faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 18-65 yaşlarında, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı polikliniğine ayaktan başvuran, meme kanseri tanısıyla cerrahi girişim geçirmiş 80 hasta dahil edilmiştir. Bu hastalara Olay Etkisi Ölçeği, Travma Sonrası Büyüme Ölçeği, Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Sosyo-demografik Veri Formu uygulanmıştır.

Bulgular: Hastaların Travma Sonrası Büyüme Ölçeği toplam puanlarının ortalaması $71,3 \pm 28,4$ olarak saptanmıştır. OE ölçeği kesme puanına göre 30 (%37.5) katılımcıda geçirilen meme operasyonu ile ilişkili posttravmatik stres bozukluğunun bulunduğu değerlendirildi. TSB ölçeği toplam puanları ile OE ölçeği toplam puanları arasında anlamlı seviyede negatif ilişki ($r=-0,22$, $p<0,05$) olduğu bulundu.

Sonuç: Meme kanserli kadınlarda TSSB belirtileri ile TSB arsında olumlu yönde bir ilişki olduğu bu ilişkide en tutarlı yapının sosyal destek sistemi olduğu belirlenmiştir. Meme kanseri tanı ve tedavi sürecinde sosyal destek sistemleri üzerine odaklanmanın faydalı olacağı düşünülmüştür.

Anahtar kelimeler: meme kanseri, travma sonrası stres bozukluğu, travma sonrası büyüme, sosyal destek, depresyon, anksiyete.

TEDAVİYE DİRENÇLİ BİR FİBROMİYALJİ VAKASINDA KRONİK TSSB VE MDB'NİN PROLONGED EXPOSURE İLE TEDAVİSİ

Nermin Gündüz¹, Hatice Turan²

¹Erzurum Bölge Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Uzm Dr

²İstanbul Özel Moodist Psikiyatri Ve Nöroloji Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Uzm. Dr

Giriş: Fibromiyalji Sendromu (FMS) süregelen ve yaygın kas ağrısı ile karakterize, duyarlı noktalar olarak adlandırılan belirli anatomik bölgelerde aşırı duyarlılığın eşlik ettiği, daha çok kadınlarda görülen eklem dışı romatizmal bir hastalıktır (1). FMS'nin etiolojisinin halen tam olarak bilinmemesine rağmen birçok araştırmacı duyarlı bireylerde fiziksel veya duygusal travmanın FMS gelişimini tetiklediği savını ortaya atmıştır (2). Bu vaka bildiriminde uzun yıllardır FMS tanısı ile takipli tedaviye dirençli somatik yakınmaları olan bir kadın vakada yapılan psikiyatrik görüşmelerle yaşadığı travmatik olayın prolonged exposure ile tedavi sürecinin paylaşılması amaçlanmaktadır.

Olgu: 39 yaşında kadın hasta yaklaşık 10 yıldır yaygın vücut ağrısı, yorgunluk, uykuya dalamama, baş ağrısı, vücut döküntüleri şikayetleriyle farklı klinik branşlara başvurmuş; kendisine önerilen tedavileri kullanmasına rağmen yakınmalarında gerileme olmaması üzerine FTR polikliniğine yönlendirilmiş. Hastada FMS düşünüldüğü analjezik, lokal enjeksiyonlar ve trisiklik antidepressan tedavileri başlanmış. Hastanın mutsuzluk, sinirlilik, kabus görme gibi şikayetler tariflemesi nedeni ile tarafımıza yönlendirildi. Hastanın 12 yaşında şu anki eşi ve eşinin arkadaşları tarafından zorla kaçırıldığı, şu anki eşi tarafından bir hafta boyunca tecavüze ve fiziksel şiddete maruz kaldığı; olayın adli makamlara yansımaması amacıyla eşinin ve kendi ailesinin zorlamasıyla evlendirildiği öğrenildi. Hastanın mutsuzluk, hayattan zevk alamama, iştahsızlık, enerjisizlik, yorgunluk gibi yakınmalarla psikiyatri başvurusunun olduğu başlanan tedaviden fayda görmediği öğrenildi. İrkilme, sinirlilik, televizyonda taciz sahnesi izleyememe, tecavüzün her gün gözünün önüne gelmesi, eşi ile cinsel ilişkiye girmek istememe; kabus görme, uykuya dalamama, zaman zaman öz kıyım düşüncelerinin olduğu öğrenildi. Hasta Kronik TSSB ve MDB tanıları ile haftalık psikiyatrik görüşmelere alındı. Tedavi olarak Duloksetin 60 mg/gün ve mirtazapin 15 mg/gün başlandı. Prolonged exposure temelli görüşmeler yapılan hastanın semptomları 10. Görüşme sonrasında geriledi. Hasta halen polikliniğimizce takip edilmektedir.

Tartışma: İstismar öyküsü varlığının FMS gelişiminde rol oynayabileceği bildirilmektedir (3). Çocukluk çağı istismar öyküsü, erişkinlikte FMS hastalarında nöroendokrinolojik kalıcı değişikliklere neden olabilir. Bu değişiklikler FMS hastalarında tedavi yanıtını etkileyebilmektedir. Bu nedenle travma/istismar öyküsü klinik pratikte göz önünde bulundurulmalıdır (4). Sunduğumuz vakada yaklaşık 10 yıllık bir FMS öyküsü ve tedavi direnci bulunmaktaydı. Özgeçmişinde yaşadığı travmatik olay FMS gelişimi ve tedavi direncinde rol oynuyor olabilir.

Kaynaklar

- 1- Wolfe F, Smythe H. A. , Yunus MB. , The American College of Rheumatology 1990, "Criteria for the Classification of Fibromyalgia", Report of the Multicenter Criteria Committee, Arthritis Rheum, 1990; 33(2):160-72.
- 2- Clauw DJ, Williams DA. The relationship between stress and pain in work-related upper extremity disorders: the hidden role of chronic multisymptom illnesses. Am J Ind Med. 2002; 41:370–382.
- 3- İmbierowicz K, Egle UT. Childhood adversities in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder. Eur J Pain.2003; 7(2):113-9.
- 4- Weissbecker I, Floyd A, Dedert E, Salmon P, Sephton S. Childhood trauma and diurnal cortisol disruption in fibromyalgia syndrome. Psychoneuroendocrinology. 2006; 31:312-324.

Anahtar kelimeler: fibromiyalji, travma, prolonged exposure, TSSB

DULOKSETİN KULLANIMI SIRASINDA GELİŞEN GALAKTORE

Rukiye Ay

Malatya Devlet Hastanesi

Amaç: Her iki memedeki tüm duktal kanallardan, spontan olarak, sütlü akıntı gelmesi galaktore olarak adlandırılır. Galaktore, pek çok tıbbi duruma bağlı olarak ortaya çıkabildiği gibi antidepresanların da içinde bulunduğu birçok ilacın kullanımıyla da karşılaşılabilen klinik bir tablodur. Bu yazıda duloksetin kullanımı sırasında galaktore gelişen olgu sunulmuştur.

Olgu: 31 yaş, üniversite mezunu, evli, iki çocuklu kadın hasta. Uykusuzluk, isteksizlik, ağlama, dikkatini toplayamama, yorgunluk, sırt ağrısı şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Son beş aydır ilaç kullanımı olmayan hastanın daha önce benzer şikayetlerle sertralin ve fluoksetin kullanımı olduğu ancak şikayetlerinde tam düzelme olmadığı öğrenildi. Yapılan değerlendirme sonucunda DSM-5'e göre "depresif bozukluk" tanısı konuldu ve somatik yakınmaları baskın olan hastaya duloksetin 30 mg/gün tedavisi düzenlendi ve 15 gün sonra duloksetin 60 mg/güne arttırıldı. Depresif yakınmalarında kısmi düzelme olan hastamız tedavinin 25.gününden itibaren oluşan her iki göğsünde şişkinlik ve süt gelmesi şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Fizik muayene bulguları ve prolaktin dışı istenen kan tetkikleri sonuçları normal olarak değerlendirildi. Ayrıca gebelik veya oral kontraseptif kullanımı da söz konusu değildi. Serum prolaktin düzeyi 41.08 ng/ml olarak ölçüldü. Tümöral patolojinin ekarte edilmesi için çekilen beyin MR'da hipofizde yer kaplayan kitle oluşumuna rastlanmadı. Başka ilaç kullanımı olmayan hastamızda duloksetine bağlı hiperprolaktinemi ve galaktore gelişimi düşünülerek duloksetin tedavisi kesildi. Bir hafta sonra ölçülen prolaktin değeri 34.2 ng/ml olarak saptandı. Depresif yakınmaları devam eden hastamızda sitalopram 40 mg/ gün tedavisi başlandı. Takiplerinde depresif yakınmalarında iyileşme gözlenen hastamızın prolaktin değerlerinde artış gözlenmedi.

Tartışma: Serum prolaktin düzeyi artışı ve galaktore özellikle antipsikotik kullanımı sırasında ortaya çıkabilen yan etkilerdendir ve daha nadir olmak üzere antidepresan kullanımı sırasında da ortaya çıkabilmektedir. Serotonerjik sistemin aktivasyonu, tübuloinfundibuler yolakta prolaktin üzerine inhibitör etkisi olduğu bilinen dopamini bloke ederek, prolaktin artışına ve galaktoreye neden olmaktadır. Menstruasyon siklusu boyunca serum prolaktin düzeylerinde dalgalanmalar olmaktadır. Otuz beş ng/ml'nin üzerindeki değerler yüksek olarak kabul edilmektedir. Olgumuzda prolaktin değerlerinin 41.08 ng/ml çıkması ve 100 ng/ml altında yer alması ve ilacın kesilmesi ile birlikte prolaktin değerlerinin normale dönmesi, prolaktin düzeyinin yükselmesine neden olabilecek gebelik, dehidratasyon, aşırı protein alımı, menstrual siklus, oral kontraseptif kullanımının söz konusu olmaması bize bu durumun ilaç yan etkisi veya etkileşimi ile gerçekleşen bir yükselme olduğunu düşündürmüştür.

Sonuç: Hiperprolaktinemi jinekomasti, galaktore, cinsel işlev bozukluğu, oligomenore, amenore, infertilite, osteoporoz gibi patolojik değişikliklere ve hostilite, depresyon, anksiyete gibi davranış ve duygudurum değişikliklerine neden olabilmektedir. Antidepresan kullanan hastalarda da takipleri sırasında prolaktin artışı akla gelmeli ve sorgulanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Duloksetin, Hiperprolaktinemi, Galaktore

MİSOFONYA: BİR OLGU SUNUMU

Rukiye Ay

Malatya Devlet Hastanesi

Amaç: Sesten nefret etme olarak belirtilen ‘misofonya’ çok eskiden beri bilinmektedir; ancak ruh sağlığı alanında yeterince tanınmamakta olup çalışılmamıştır. Belirli seslerin kişide yoğun emosyonel deneyimlere, stres, öfke ve irritabilite neden olduğu kronik bir durumdur. Bu yazıda bir misofonya olgusu sunulmuştur.

Olgu: 19 yaşında, bekar, üniversite öğrencisi kadın hasta. Bazı seslerden yoğun rahatsızlık duyma şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Şikayetleri yaklaşık bir yıldır mevcuttu. Ağız şapırdatma sesi, esneme, cips yenmesi, sakız çiğnenmesi, bilgisayar ve cep telefonu tuş sesleri gibi durumlarla karşılaştığında yoğun bir sıkıntı yaşadığını, öfkeli olduğunu, karşı tarafı uyardığını, sonuç alamadığında ise ortamı terk ettiğini, kulaklık taktığını ya da başka tarafa bakmaya çalıştığını ifade ediyordu. Evdeyken genelde yalnız kalarak seslerden uzak durduğunu ancak altı aydır yurttaki iki kişilik odada kaldığını, oda arkadaşının çıkardığı sesler nedeniyle geç saatlere kadar odasına gelemediğini ifade ediyordu. Yemeğini genelde tek başına yiyor, kulak tıkacıyla uyuyordu. Derslere devam etmekte zorlanıyordu. Kendi çıkarttığı seslerden herhangi bir rahatsızlık duymuyordu. Daha önce herhangi bir psikiyatrik başvurusu olmamıştı ve bilinen herhangi bir tıbbi hastalığı yoktu. Yakınmaları sinirliliğe ve uykusuzluğa neden oluyor, sosyal işlevselliğini etkiliyordu.

Tartışma: Misofonya ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında hastaların belirtilerinin, kişilik özelliklerinin ve baş etme mekanizmalarının benzerlik gösterdiği görülmektedir. Bu durum göz önünde bulundurularak klinik semptomatolojisi tasvir edilmiş, belirtilerinin sınıflandırılması tartışılmış ve tanı kriterleri önerilmiştir. Bu olgunun klinik özellikleri de önerilen tanı kriterlerinin tamamını karşılamaktadır. Misofonyanın epidemiyolojisi ve etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Misofonyanın belirli seslere özgü olması, psikososyal etkenlerle ortaya çıkması, belirgin anksiyeteye ve kaçınmaya yol açması misophonianın psikiyatrik yönünü desteklemektedir.

Sonuç: DSM-5’te yer almayan, ancak işlevselliği ve yaşam kalitesini önemli ölçüde olumsuz olarak etkileyen misofonyanın erken tanınip tedavi edilmesi önemlidir.

Anahtar kelimeler: Misofoni, DSM-5, tanı kriterleri

51 YAŞINDA BİR VAJİNİSMUS OLGUSU

Meltem Puşuroğlu¹

¹Rize Devlet Hastanesi

²Rize Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

51 yaşında polikliniğe başvuran bir primer vajinismus olgusu. ilk evliliğ geç evlilik yapmış. önce-sinde cinsel bir deneyimi yok. ilişkiye girememe eşi itme kendini kasma şikayeti var. iki yıllık evli ve iki yıldır kimse ile bu durumu paylaşmamış. artık eşi ile sorunları artması üzerine yardım arayışına girmiş. genellikle genç yaşta gözlemlediğimiz vajinismus vakaları ile ileri yaşlarda da karşılaşılabilir. bu yaşlarda bu konuyu paylaşmak daha hasta için daha sıkıntılı olabilir. bu sebeple klinisyenlerin bu konuda daha dikkatli ayrıntıcı ve bilgili olmaları gerekmektedir. olgumuzu bu bilgiler ışığında önemli olabileceği için hazırladık.

Anahtar kelimeler: yaşlıda cinsellik, vajinismus

EPİLEPTİK OLMAYAN PSİKOJENİK NÖBET OLGUSUNDA NÖBET SEMİYOLOJİSİNİN ÖZELLİKLERİ

Güray Koç¹, İbrahim Öner², Ömer Karadaş³

¹Gaziler FTR EAH Nöroloji

²Gaziler FTR EAH Psikiyatri

³Gülhane EAH Nöroloji

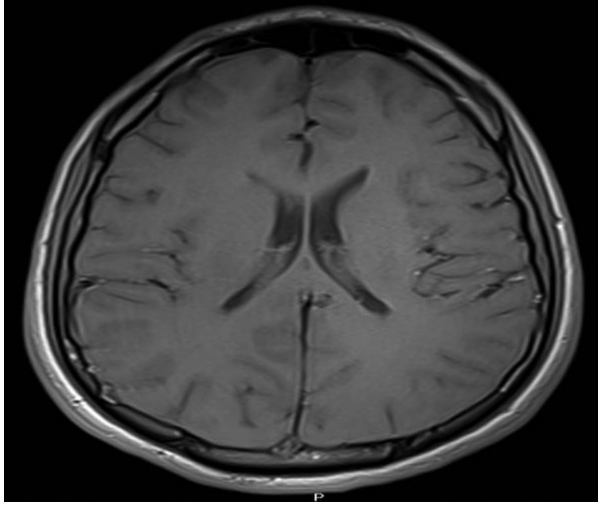
Giriş: Epileptik olmayan psikojenik nöbetler (EOPN) epileptik nöbetlere benzeyen fakat nörolojik orijinli olmayan, psikolojik stresin somatik olarak kendini göstermesi oluşan nöbetlerdir. Ayaktan takip edilen epilepsi popülasyonunda % 5-10, yatırılarak takip edilen epilepsi popülasyonunda %20-40 oranında görülmektedir. Epileptik olmayan psikojenik nöbetli hastalar çoğu zaman epilepsi diye izlenmekte ve yıllarca yanlış tanı almaktadırlar. Bu sunumda, epilepsi tanısı almış ve antiepileptik ilaç başlanmış hastanın epileptik olmayan psikojenik nöbetlerinin semiyolojik özellikleri incelenecektir. Ayrıca epileptik olmayan psikojenik nöbet ve epileptik nöbet semiyolojik özellikleri karşılaştırılarak, ayırt edici özellikleri tartışılacaktır.

Olgu sunumu: 19 yaşında erkek hasta bayılma şikayeti ile psikiyatri polikliniğine başvurdu. Öyküsünden 8 ay önce babası ile tartışma sonrasında raptus tarzından intihar girişiminde bulunduğunu, 6. kattan atladığı öğrenildi. Düşme sonrasında hikayesinden ve yapılan nörolojik muayenesinden kafa travması olmadığının tespit edildiği anlaşıldı. Olaydan bir ay sonra en kısa iki dakika en uzun 45 dakika süren başlangıçta seyrek iken sonrasında günde üç defaya kadar çıkan sıklıkta bayılmaları olmaya başlamış. Öz ve soygeçmiş önem arz etmiyor. Tekrarlayan görüşmelerde hastanın özel üniversitede burslu okuduğu, geçtiğimiz dönem derslere devamsızlık nedeni ile sınıfta kaldığını, babasının öfke ile kendisini okuldan alacağını söylediğini bunun üzerine intihar girişiminde bulunduğunu söyledi. Mevcut fonksiyon kaybı sonrası babası ile olan ilişkilerinin düzeldiğini, yanından hiç ayrılmadığını, hatta kendisine iyileştikten sonra yeniden üniversiteye okumaya göndereceğini ifade ettiğini söyledi. Nörolojik muayenesinde alt ekstremitelerde belirgin paraparezi mevcut. Lomber vertebralarda kırık mevcut. Hasta bayılmaları nedeni ile ileri inceleme için dış merkez nöroloji servisine yönlendirildi. Hastaya epilepsi tanısı ile valproik asit başlandığı öğrenildi. Hastanın beyin MR görüntülemesi ve EEG kaydı normal olarak bulundu (Şekil 1,2). Nöbetleri kamera kaydına alınmış olan hastanın 3 farklı nöbeti izlendi. Her nöbetinde farklı bir semiyolojik özellik gösteren hastanın nöbetlerinin epileptik olmayan psikojenik nöbet olduğu tespit edildi. Valproik asit tedavisi kesildi. Psikiyatri polikliniğine takip ve tedavi edilmesi için yönlendirildi. Antidepresan başlandı ve psikoterapi için planlama yapıldı.

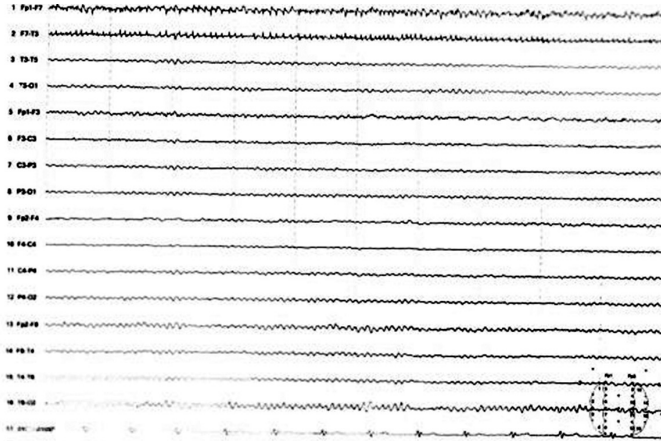
Tartışma: Epileptik olmayan psikojenik nöbetlerde ayırıcı tanı çok önemlidir. Genellikle yıllarca yanlış tanı ile hastalar epilepsi tedavisi görürler. Tanı koymak için geçen süre ortalama 7.2 yıl olarak bulunmuştur ve hastaların %75'inin antiepileptik ilaç kullandığı tespit edilmiştir. Bunun dışında gerçek epileptik nöbetler ve EOPN'in aynı hastada bulunabileceği unutulmamalıdır, komorbidite oranı %10-50 olarak bulunmuştur. Tedavide multidisipliner yaklaşım çok önemli yer tutar. Prognozu iyi değildir, hastalar genellikle tedaviye direnç gösterirler. İyi prognoz kriterleri hastaların genç yaşta olması, iyi eğitimli olması, erken tanılarının konulması, ataklarının daha az dramatik

özellikte olması, daha az somatoform ve disosiasyon skorlarının olmasıdır. Bu olgunun, nöbet semiyolojisinin ve epileptik nöbet semiyolojisi ile ayırt edici özelliklerinin tartışılması amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Epileptik olmayan psikojenik nöbet, epileptik nöbet, nöbet semiyolojisi



Şekil 1.



Şekil 2.

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA ŞİDDET UYGULAYAN BİREYLERDE PSİKOPATOLOJİK ÖZELLİKLER

Rüstem Aşkın, Fatih Vahapoğlu, İbrahim Taymur, Sinay Önen, Ersin Budak, Bilgen Biçer Kanat
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

Giriş ve Amaç: Sağlıkta şiddet dünyanın birçok ülkesinde giderek büyüyen bir sorun haline gelmekte ve araştırmalar genelde şiddet kurbanları üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bu çalışmada ise sağlık çalışanlarına şiddet uygulayan kişilerin psikopatolojisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu araştırmaya Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Ocak 2014-Ocak 2016 tarihleri arasında beyaz kod bildirimi yapılan 18-65 yaş arası 50 birey alınmıştır. Kontrol grubu olarak aynı hastaneye başvuran ve geçmişte sağlık çalışanlarına şiddet öyküsü olmayan 55 birey çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcılara Olgu Rapor Formu (ORF), DSM-IV Eksen 1 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-1, The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BIS-11, Barratt Impulsiveness Scale), Sürekli Öfke ve Öfke İfade Ölçeği (SÖÖTÖ), Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısa Form (EKA-GGK) uygulandı.

Bulgular: Şiddet davranışı gösteren grubun çoğunlukla erkeklerden oluştuğu (%76), eğitim ve gelir düzeylerinin kontrol grubuna göre düşük olduğu ve çocukluk döneminde aile içinde daha yüksek oranda şiddete tanık oldukları bulunmuştur. Şiddet uygulayan grubun %50'sinde ruhsal bir hastalık tanısı saptanmıştır. Bu oran kontrol grubunda %16.4 olarak bulunmuştur. Grupların ölçek skorları karşılaştırıldığında iki grup arasında Sürekli Öfke ve Öfke İfade Ölçeği alt ölçekleri; Sürekli Öfke ($p<0.001$), Dışa Yöneltilen Öfke ($p<0.001$), İçer Yöneltilen Öfke ($p=0.003$) ve Kontrol Altına Alınmış Öfke ($p<0.001$), BIS-11 toplam ($p<0.001$), BIS-11 alt ölçekleri; Dikkat ($p<0.001$), Motor Dürtüsellik ($p<0.001$) ve Plan Yapmama ($p<0.001$), BDÖ ($p=0.040$) ve BAÖ ($p<0.001$) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Tartışma: Sözel şiddetin (%98), fiziksel şiddetten (%26) daha sık yaşandığı, şiddet davranışı gösteren grubun eğitim seviyesinin kontrol grubuna göre düşük olduğu, sıklıkla hasta yakınlarının (%62) şiddet davranışı gösterdiği, en çok acil servislerde (%54) şiddet olayı yaşandığı görülmüştür. Bulgularımız diğer araştırmalarla genel anlamda uyumlu görünmektedir. Şiddet davranışı gösteren grubun çocukluk döneminde aile içinde şiddete tanık olma ve maruz kalma skorlarının, kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Öte yandan bizim çalışmamızda diğer araştırmalardan farklı olarak daha çok hekimlerin şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Şiddet davranışı gösteren grubun yarısının halihazırda ruhsal bir hastalık tanısı olması, çocukluk döneminde şiddete maruz kalmış olmaları, sürekli öfke ve dürtüsellik düzeylerinin yüksek bulunması göz önüne alındığında, bu bireylere yönelik koruyucu ve iyileştirici ruh sağlığı müdahaleleri faydalı olabilir.

Anahtar kelimeler: Şiddet, sağlık çalışanları, öfke, dürtüsellik, depresyon

DSM-5 AYRILMA ANKSİYETESİ BOZUKLUĞU ŞİDDET ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE FORMUNUN GÜVENİLİRLİĞİ VE GEÇERLİLİĞİ-YETİŞKİN FORMU

Özge Emine Cöldür¹, Fikret Poyraz Çökmüş², Didem Sücüllüoğlu Dikici³, Orkun Aydın⁴, Talat Sarıkavak⁵, Ertuğrul Köroğlu⁶, Ömer Aydemir¹

¹Celal Bayar Üniversitesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Manisa

²Nazilli Devlet Hastanesi, Aydın

³Manisa Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hastanesi, Manisa

⁴Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eah Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hastanesi, Bolu

⁵Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı

⁶Boylam Psikiyatri Enstitüsü, Ankara

Amaç: Bu çalışma DSM-5 ölçütlerine göre ayrılma anksiyetesi bozukluğunun şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiş Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu Şiddet Ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliğini göstermektedir.

Yöntem: Araştırma Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri yataklı veya ayaktan kliniklerinde tedavi görmekte olan ve DSM-5 ölçütlerine göre herhangi bir anksiyete bozukluğu tanı ölçütlerini karşılayan hastalar ile sürdürülmüştür. Anksiyete bozukluğu dışında herhangi bir ruhsal ya da bedensel hastalığı olan hastalar alınmamıştır. Buna göre 50 anksiyete bozukluğu tanılı hasta çalışmaya alınmıştır ve tanı dağılımı 14 hastada panik bozukluğu, 10 hastada yaygın anksiyete bozukluğu, 4'er hastada agorafobi ve obsesif-kompulsif bozukluk, 1 hastada travma sonrası stres bozukluğu ve 18 hastada BTA anksiyete bozukluğu biçimindedir. Herhangi bir ruhsal ya da bedensel hastalığı bulunmayan 103 gönüllü de sağlıklı kontrol grubunu oluşturmuştur. Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu Şiddet Ölçeği dışında en yaygın kullanılan özbeöz bildirim ölçeği olan Spielberger Sürekli Kaygı Envanteri 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 Sürekli Kaygı Envanteri ile korelasyon analizi yapılmıştır.

Bulgular: Araştırma grubunun yaş ortalaması 29.0 ± 11.8 'dir ve örneklem grubunun %60.1'i (s=92) kadındır. Grubun %66.0'sı yüksekokul mezunu, %19.0'u ilkökul mezunu ve %15.0'i de lise mezunudur. Anksiyete bozukluğu grubunun hastalık süresi 17.1 ± 9.7 yıldır.

Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu Şiddet Ölçeği içsel tutarlılığı 0.94 ve madde-toplam puan korelasyon katsayıları 0.54-0.83 ($p < 0.0001$) olarak elde edilmiştir.

Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu Şiddet Ölçeği açıklayıcı faktör analizinde örneklem yeterliliği için KMO katsayısı 0,91 ve Bartlett katsayısı 1201 ($p < 0.0001$) olarak bulunmuştur. Tek faktörlü çözüm elde edilmiştir ve özdeğeri 6,7'dir, varyansın toplam %67.02'ünü açıklamaktadır. Ölçek maddelerinin faktör yükleri 0.60-0.87 arasında bulunmuştur. SKE ile korelasyon analizinde katsayı $r=0.47$ ($p < 0.0001$) olarak hesaplanmıştır.

Sonuç: Bu bulgularla Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu Şiddet Ölçeği Türkçe için güvenilir ve geçerli olduğu gösterilmiştir.

Anahtar kelimeler: DSM-5, ayrılma anksiyetesi bozukluğu, geçerlilik, güvenilirlik

Tablo 1. Araştırma gruplarının sosyodemografik özellikleri

		Sağlıklı N=103		Hasta N=50	
Yaş		22.9±4.15		41.6±12.5	
Cinsiyet	Erkek	39	%37.9	22	%44
	Kadın	64	%62.1	28	%56
Eğitim durumu	Okur yazar	0	%0	1	%2
	İlkokul	1	%1	27	%54
	Ortaokul	1	%1	3	%6
	Lise	11	%10.7	8	%16
	Yüksekokul	90	%87.3	11	%22
Medeni Durum	Bekar	94	%93.2	13	%26
	Evlü	7	%6.8	35	%70
	Dul	1	%1	2	%4
	Boşanmış	1	%1	0	%0
Meslek	Memur	4	%3.9	8	%16
	İşçi	9	%8.7	5	%10
	Öğrenci	90	%87.4	6	%12
	İşsiz	0	%0	4	%8
	Ev hanımı	0	%0	14	%28
	Serbest	0	%0	5	%10
	Çiftçi	0	%0	4	%8
	Emekli	0	%0	4	%8
Psikiyatrik özgeçmiş	Var	12	% 11.7	27	%54
	Yok	91	% 88.3	23	%46
Psikiyatrik soygeçmiş	Var	18	% 17.5	11	%22
	Yok	85	% 82.5	39	%78
Bedensel hastalık	Var	8	% 7.8	18	%36
	yok	95	% 92.2	32	%64
Hastalık süresi		0		17.1±9.7	
İlaç kullanım durumu					
Antidepresan	Var	2	%1.9	41	%82
	Yok	101	%98.1	9	%18

TEKLI VE ÇOKLU SUİSİD GİRİŞİMİ OLAN BİREYLER ARASINDA PSİKOPATOLOJİK ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Bilgen Biçer Kanat, İbrahim Taymur, Sinay Önen, Ersin Budak, Ahmet İnel, Rüstem Aşkın
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

Giriş: Tekrarlayan suisid girişimlerinde etkileri olan dürtüsellik, anksiyete, depresyon, çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif belirtiler gibi psikopatolojik özelliklerin tekli ve çoklu suisid girişimi olan bireyler arasında yeterince araştırılmadığı söylenebilir. Tekli ve çoklu suisid girişimi olan bireyler arasındaki bu psikopatolojik özelliklerin farklılıklarını ve birbirleri ile olan etkileşimini incelemek intihar davranışının önlenmesine katkı sağlayabilir. Bu nedenle bu çalışmanın amacı tekli ve çoklu suisid girişimi olan bireyler arasında depresyon, anksiyete, çocukluk çağı travmatik yaşantıları, dissosiyatif belirtileri ve dürtüsel özellikleri karşılaştırmaktır.

Yöntem: Çalışmada 48 tekli, 58 tekrarlayan suisid girişimi olan ve 50 suisid girişimi olmayan birey değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden kişilerin suisid geçmişi ayrıntılı olarak klinik görüşme ile değerlendirilmiştir. Daha sonra suisid girişimi olan hastalar tekli ve çoklu suisid girişimi olan hastalar olmak üzere iki gruba ayrılmıştır.

Bulgular: Toplam intihar girişimi sayısı ve dürtüsel özellikler arasında anlamlı ilişki olduğu bulundu. Tekli ve çoklu suisid girişimi olan bireyler ve kontrol grubu arasında dürtüsel özelliklerin farklılaştığı bulundu. Hiyerarşik regresyon analizi sonuçlarına göre depresyon, anksiyete, çocukluk çağı travmatik yaşantılar ve dissosiyatif belirtilerin dürtüsel özelliklerin %33.8'ini açıkladığı bulundu.

Sonuç: Suisid girişimlerinin erken yaşta ortaya çıkması ve suisid girişimlerinin tekrarlanmasında dürtüsel özellikler önemlidir. Suisid girişimi olan kişilerde psikopatolojik özellikleri tedavi etmek; suisid girişimlerinde dürtüsel özelliklerin etkinliğini azaltabilir.

Anahtar kelimeler: tekrarlayan suisid girişimi, depresyon, anksiyete, çocukluk çağı travma, dürtüsellik, dissosiyatif belirtiler

OKUL ÖNCESİ YAŞ GRUBUNDA BİPOLAR BOZUKLUK: ÜÇ OLGU VE İZLEME SÜREÇLERİ

Ayşe Kutlu, Handan Özek Erkuran

İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eah Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği

Amaç: İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi'ne başvuran, organik etiyoloji saptanmamış, bilişsel geriliği olmayan okul öncesi üç çocukta DSM-V tanı kriterlerine göre bipolar bozukluk (BB) tanı, tedavi ve 2 yıllık izlem süreçlerinin tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu1: 4 yaş, kız. 2 haftadır konuşkan, enerjikve cinsel içerikli küfürler etmeye başlamıştı. Sınır konulduğunda evden kaçma, alışveriş isteği, cinsel ilgi artışı ve uyku süresinde azalma tanımlanmıştı. Önesinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısını karşılar öyküsü olan olgunun çağrışımları hızlı, öforik ve büyüklenmeciydi. BB-I tanısı konan olgu (YMDÖ: 38) risperidon 1,5 mg/gün ile remisyona girdi (YMDÖ: 10), 4 aysonra ötimik iken izlemi bıraktı. 9 ay sonra tekrar manik tabloyla başvuran olguya risperidon 4 mg/güne çıkıldı ama etkinliğin gözlenmemesi üzerine (YMDÖ: 28) olanzapin 5 mg/güne geçildi ve 1 ayda remisyona girdi.

Olgu2: 5yaş, erkek. Yakınmaları aşırı hareketlilik, karşı gelme, ajitasyon, aşırı satın alma isteği, cinsel ilgede artışıdi. Öncesinde DEHB ölçütlerini karşılıyordu; ancak altı aydır daha fazla karşı gelme, agresif ve mutsuzolmuş, arabanın önüne atlama ve annesinin ilaçlarından içme şeklinde özkıyım girişimleri olmuştu. Başvurudan bir hafta önce uykusuzluk, enerji artışı, çok ve küfürlü konuşma, evden kaçma, bıçakla hayvanlara saldırma, insanları öpmek isteme, büyüklenmecilik ve irritablite başlamıştı. BB-I tanısı (YMDÖ: 40) ile risperidon 0,5 mg/gün başlanarak üç ayda 3,5 mg/güne yükseltilmesine rağmen yanıtsızlık nedeniyle (YMDÖ: 36), olanzapin 5 mg/güne geçilerek 15 mg/güne yükseltilmişti. Klinik etkinlik sağlanamamış (YMDÖ: 31), uykululuk ve baş ağrısı nedeniyle 10 mg/güne düşülerek 300 mg/gün valproat (VPA) eklendi ve 2 ay içinde remisyona girdi.

Olgu3: 4 yaş, kız. Bir aydır uykusuzluk, özgüvende artış, gelin olmak isteme, çıplak yatma, alışverişisteği başlamıştı ve yoğun anksiyete eşlik ediyordu (YMDÖ: 31). Risperidon 2 mg/güne yanıtsızlık nedeniyle (YMDÖ: 26) bir ay sonra VPA monoterapisi başlanıp 500 mg/güne yükseltilmişti (VPA: 77,1µg/ml). Yetersiz yanıt nedeniyle (YMDÖ: 24) 0,5 mg/gün risperidon eklendi. Manikbelirtileri yatıştırırken, anksiyete belirtileri sürmüştü (YMDÖ: 12). beş ay süren remisyondan sonra belirtileri tekrar şiddetlendi (YMDÖ: 23). VPA yanına, risperidon aripiprazole değiştirildi ve 12,5 mg/güne yükseltildiğinde manik belirtilerinde kısmen azalma gözlenirken, ilk kez anksiyete bulguları geçti. Tedavinin üçüncü ayında aripiprazolün plaseboya üstünlüğünü göstermektedir. Olgularımızın biri risperidon ve olanzapin monoterapisinden faydalanmış, ikisinde VPA kombinasyonuna geçmek gerekmiştir. Okul öncesi BB'da paliperidonu etkin ve iyi tolere edilmesi ise bildiğimiz kadarıyla bir iltir. BB'de en sık eştanının DEHB olduğunu öne süren literatürle uyumludur. Okul öncesi yaş grubunda bipolar bozukluk tanısı, klinik gidiş ve tedavisinin geniş örneklem grupları ve uzunlamasına izlem çalışmaları ile daha fazla aydınlatılmasına gereksinim olduğu düşünülmektedir

Tartışma: Okul öncesi BB'ye ilişkin literatür sınırlıdır. Çocuklarda manik nöbetlerin tedavisinde ilk seçenek atipik antipsikotiklerdir. Çalışmalar okul öncesi BB tanısında risperidon, olanzapin, ketiyapin ve aripiprazolün plaseboya üstünlüğünü göstermektedir. Olgularımızın biri risperidon ve olanzapin monoterapisinden faydalanmış, ikisinde VPA kombinasyonuna geçmek gerekmiştir. Okul öncesi BB'da paliperidonu etkin ve iyi tolere edilmesi ise bildiğimiz kadarıyla bir iltir. BB'de en sık eştanının DEHB olduğunu öne süren literatürle uyumludur. Okul öncesi yaş grubunda bipolar bozukluk tanısı, klinik gidiş ve tedavisinin geniş örneklem grupları ve uzunlamasına izlem çalışmaları ile daha fazla aydınlatılmasına gereksinim olduğu düşünülmektedir

Anahtar kelimeler: Çocuk, okul öncesi, bipolar bozukluk, mani

DİRENÇLİ TRIKOTILLOMANİDE EMDR UYGULAMASI: BİR OLGU SUNUMU

Abdullah Yıldırım, Mehmet Celal Kefeli, Anıl Cemre Ökmen

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı

Amaç: Trikotillomani, tekrarlayan kıl yollarla giden, bireysel olarak yolmayı azaltma veya durdurma girişimlerinin başarısız olduğu bir bozukluktur. Tedavisi ile ilgili veriler oldukça sınırlıdır. Bu olgumuzla, çocukluk çağı travmatik yaşantılarının ve depresyonun eşlik ettiği, ilaç tedavisini reddeden bir trikotillomani vakasının Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (Eye Movement Desensitization and Reprocessing: EMDR) ile tedavisini tartışmayı amaçladık.

Olgu: 25 yaşında, kadın hasta, evli, 3 yaşında bir kızı var. Lise mezunu. İlk yollarının 12 yaşlarında başladığı, özellikle kaş ve kirpiklerini yolduğu, 10 yıldır kirpiklerinin, 4 yıldır kaşlarının yolma nedeniyle bulunmadığı, son 2 yıldır kızının kirpiklerini de yolmaya başladığı öğrenildi. Hasta; 11 yaşında 1 yıl süreyle halasının kendisine dokunma, okşama ve öpme şeklinde tekrarlayan tacizlerinin olduğunu, 13 yaşında da teyzesinin de bir kez benzer şekilde cinsel tacizde bulunduğunu, baba-sının ailesine karşı ilgisiz birisi olduğunu ve annesini aldattığına bir kez şahit olduğunu ifade etti.

2009'dan bu yana İstanbul, Mersin, Ağrı ve Iğdır'da psikiyatri poliklinik başvuruları olmuş. Farklı zamanlarda sertralin, fluoksetin, amisülpirid ve adlarını hatırlayamadığı 10'a yakın ayrı ilaç reçete edilmiş. İlaç uyumunun kötü olduğundan ve tedavilerden hiç fayda görmediğinden bahsetti.

Travmatik yaşantıları belirgin olan ve farmakoterapiyi reddeden hasta servisimize yatırıldı. Haftada 3 seans olacak şekilde, sekiz aşamalı yapılandırılmış standart EMDR protokolü ile tedavisini planladı. Hazırlık aşamasında, güvenli yer, ışık egzersizi, gevşeme ve nefes egzersizleri yanında çeşitli odaklanma egzersizleri çalışıldı. Kaynak anı olarak düşündüğümüz halasının tacizi için Subjective Units of Disturbance (SUD) düzeyini 10 olarak belirledi. Olumsuz bilişini "beceriksizim, kendimi koruyamam" olarak belirtti. Olumlu bilişini ise "mutlu olmayı hakediyorum" şeklinde belirledi ve bununla ilgili olarak Validity of Cognition (VOC) düzeyini 1 olarak belirtti. Beden taramasında en fazla boğazda düğümlenme ve kasıklarda ağrıdan bahsetti. İki yönlü uyarım için göz hareketleri kullanılarak duyarsızlaştırma ve yeniden işleme sonrası SUD düzeyi 0'a geriledi VOC düzeyi ise 7'e yükseldi. 13 seans boyunca tüm travmatik yaşantılar için duyarsızlaştırma ve yeniden işleme gerçekleştirildi. Travmatik anıların işlenmesi sonrası; çocuğunun kaş ve kirpiğini yolması tamamen geriledi, kendisi ile ilgili olarak nerdeyse hergün gün boyunca aralıklı epizotlar şeklinde devam eden yolları ise ayda bir iki kez çok kısa süren epizotlar şekline yollara geriledi.

Tartışma: Trikotillomaniye sıklıkla çocukluk çağı travmatik yaşantılarının eşlik ettiği bilinmektedir ve hastalık erken yaşlarda başlamaktadır. Dalgalı ve kronik seyri yanında tedavisi oldukça güç heterojen bir hastalıktır. Sonuç olarak; olgumuzda da görüldüğü üzere tekrarlayan çocukluk çağı travmalarının tespit edilebildiği trikotillomani vakalarında EMDR ile adaptif bilgi işlemenin sağlanması sonucunda iyilik halinde artış görülebilmektedir. EMDR'nin günümüzde kanıtlanmış tek kullanım alanı travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olsa da psikiyatrik bozukluklarda kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır. Başarılı tedavisi konusunda halen kısıtlı veri bulunan trikotillomani de bu bozukluklardan birisi olarak ele alınabilir.

Anahtar kelimeler: EMDR, Trikotillomani, çocukluk çağı travmaları.

İNTİHAR GİRİŞİMİ İLE BAŞVURAN BİR SÜREKLİ CİNSEL UYARILMA BOZUKLUĞU OLGUSU

Sinay Önen, Bilgen Biçer Kanat, Esra Akay, İbrahim Taymur, Ersin Budak, Rüstem Aşkın

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Sürekli cinsel uyarılma bozukluğu (PSAD-Persistent Sexual Arousal Disorder) öznel uyarılma duyguları olmaksızın, fizyolojik cinsel uyarılma belirtilerinin (genital vazokonstriksiyon, cinsel organların ve meme başlarının duyarlılığının artması vb.) olmasıyla karakterizedir. İlk olarak 2001 yılında Leiblum ve Nathan tarafından sunulan 5 kadın vaka ile tanımlanmıştır. Bu yazıda intihar girişimi ile başvuran, PSAD tanısı alan 38 yaşında bir olgu sunulmuştur.

Olgu: 38 yaşında, evli, kadın hasta el bileklerini kesme şeklinde intihar girişimi ile acil servise başvurdu. Görüşme esnasında 8 yıldır cinsel arzu ve istek olmaksızın genital bölgede titreme, dolgunluk ve uyarılma hissi, rahatlama amacıyla mastürbasyon yapma davranışları, günde yaklaşık 20 kez mastürbasyon yapmasına rağmen rahatlayamama hissi, bu rahatsızlık duygusundan kurtulmak için son 1 aydır artan ölüm düşünceleri olduğu öğrenildi. Hospitalize edilen hastanın özgeçmişinde yaklaşık 3 yıl kadar önce nişanlısından ayrıldıktan sonra başlayan hafif depresif semptomlar nedeniyle 2 yıl kadar essitalopram kullandığı öğrenildi. Yapılan laboratuvar tetkikleri, jinekoloji konsültasyonu, pelvik USG, Kranyal MR ve EEG’de belirtileri açıklayacak herhangi bir anormallik tespit edilmedi. Hastada cinsel arzu olmaksızın, cinsel uyarılmadaki fizyolojik yanıtların kendiliğinden ortaya çıkması ve saatlerce sürmesi, mastürbasyon yapmasına rağmen orgazm olmaması, bu hislerin istenmedik bir şekilde yaşanması nedeniyle tanı olarak Sürekli Cinsel Uyarılma Bozukluğu düşünüldü ve paroksetin 20 mg/gün tedavisi başlandı. Tedavinin 4. haftasında spontan uyarılma belirtileri tamamen ortadan kalkan hasta taburcu edildi.

Tartışma: PSAD prevalansı yaklaşık %1 civarlarında olup, sıklıkla 35-54 yaş arası kadınlarda görülmektedir. Etyolojide jinekopelvik organik etmenlerin yanında, SSRI kullanımı ya da kesilmesi suçlanmaktadır. Bizim olgumuzda essitalopram kullanımının başlamasından önce de semptomların mevcut olması, essitalopram kesilmesi sonrasında da yakınmalarında herhangi bir değişiklik olmaması etyolojide SSRI kullanımının rolü olmadığını düşündürmüştür. Tedavide SSRI, SNRI, antipsikotikler, benzodiazepinler gibi farmakolojik ajanların yanında EKT, bilişsel davranışçı terapi, cinsel terapi, gevşeme tekniklerinin kullanımı önerilmektedir. Ayırıcı tanıda akla getirilmesi gereken durumlardan biri de hiperseksüalitedir. Bizim olgumuzda da olduğu gibi cinsel arzu olmaksızın sürekli cinsel uyarılmanın olması ile hiperseksüaliteden ayrılmaktadır.

Sürekli Cinsel Uyarılma Bozukluğu nadir görülen bir bozukluk olmasına rağmen, duyumların istenmedik ve rahatsız edici doğası nedeniyle bizim olgumuzdaki gibi intihar düşünceleri ve intihar girişimi gibi sonuçlarla karşılaşılabilir. Bu nedenle klinisyenler tarafından ayırıcı tanıda mutlaka akla getirilmelidir.

Anahat kelimeler: Cinsel uyarılma, intihar, paroksetin

METİLFENİDAT TEDAVİSİ İLE DÜZELEN DERMATOLOJİK LEZYON OLGUSU

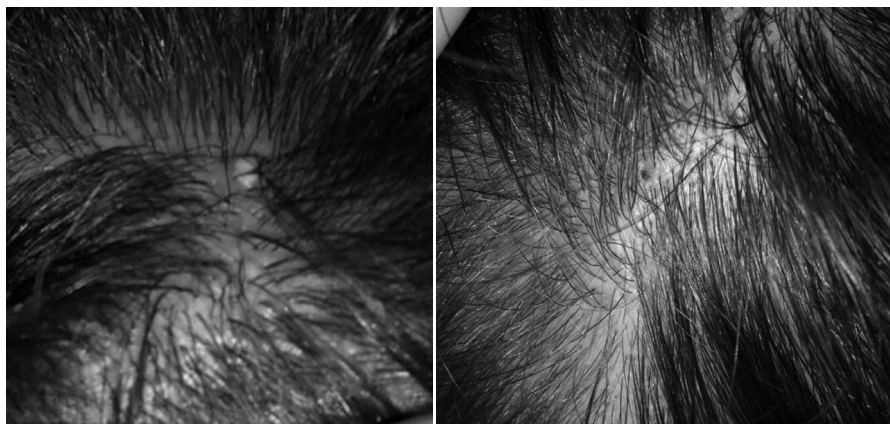
Aynur Görmez¹, Selma Hilal Avcı¹, Ayşe Serap Karadağ², Can Tuncer¹

¹*İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı*

²*İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Anabilim Dalı*

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocukluk döneminde başlayan ve erişkinlikte de devam eden dikkatsizlik, dürtüsellik ve hareketlilik belirtilerinin varlığı ile beraber bunların sonucunda işlevsellik ve sosyalite bozulmaları içeren nörolojiksel bir bozukluktur. Literatürde bozukluğun erişkinlerdeki yaygınlığı %2,5-%4,4 arasında çeşitli sayılarda bildirilmektedir.(1,2,3) Sıklıkla ruhsal alanda anksiyete bozuklukları, duygudurum bozukluğu, madde kötüye kullanım bozukluğu, davranım bozukluğu eşlik ederken diğer taraftan DEHB ile birlikteliği dikkati çeken atopik hastalıklar, otoimmün hastalıklar, obezite ve dermatolojik bulgulara yönelik giderek artan çalışmalar dikkat çekmektedir.(4,5,6,7) Türkiye’de yapılan bir çalışmada onikofaji, akut ve kronik travmatik deri değişiklikleri, cilt kuruluğu, dermatit, akne gibi dermatolojik bulguların sık görüldüğü saptanmıştır.(8) Benzer şekilde diğer bir çalışmada akne ile DEHB arasında güçlü bir korelasyon bulunduğu ve bu durumun psikiyatrik morbidite ve suicidaliteyi arttırmış olabileceği yönünde bilgiler bulunmaktadır.(9) Biz bu yazıda erişkin dönemde tanı koyduğumuz bir DEHB hastasının stimulan tedavi ile işlevselliğinin yanı sıra uzun yıllardır tedaviye dirençli olan saçlı derideki lezyonların dramatik bir şekilde düzelmesini sunmaktayız.33 yaşında erkek hasta. İlk olarak 2014 yılında işyerinde dikkat sorunları, eşyalarını unutma, aynı anda birkaç işi sürdürememe, işlerini zamanında bitirememe şikâyetleri ile psikiyatrik başvuruda bulunuyor. Yapılan klinik değerlendirme ve uygulanan ölçekler doğrultusunda Erişkin Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) puanı 51, Wender Utah Derecelendirme Ölçeği skoru 66 olarak saptanmış olup DEHB, bileşik tip tanısı ile uyumlu olduğu görülmüştür. Kısa salınımlı metilfenidat (MPH) bölünmüş düşük dozlarla başlanıp, 40 mg/gün olarak takip edilmiştir. Tedaviye %70 yanıt sağlanan hastanın yaşantısında akademik başarısında ve işyerinde uyum artışı sağlandı. Kontrol ASRS puanı 22 olarak saptandı. Yaklaşık 2 yıl sonra tedavinin stoplanması hedeflenerek gün aşırı 18 mg OROS-MPH kullanımına geçildiğinde hasta; tedavinin başında MPH başlanması ile düzeldiğini farketmediği saç dibindeki ağrılı-kanamalı sivilce benzeri lezyonlarının tekrar ortaya çıktığını, ağrısına tahammül edemediği için MPH kullanımına tekrar başladığını ve 2 gün sonra lezyonların gerileyerek düzeldiğini ifade etti. Hastanın yapılan sistemik muayenesinde çocuklukta astım hastası olduğu öğrenildi. Hastanın MPH kesilme aşamasında çıkan lezyonlarının çekilen fotoğrafları ve klinik öyküsü dermatoloji bölümüne danışılmış olup folikülit benzeri bir durum olduğu anlaşılmıştır. Hasta halen 18 mg /gün MPH kullanmakta, DEHB açısından iyilik hali stabil ve saç dibindeki lezyonları tamamen gerilemiş durumdadır. Bu vaka bize DEHB tedavisinde sıklıkla kullandığımız MPH’in dermatolojik bir lezyonda beklenmedik iyileştirici etkisini sunmaktadır. İlacı kullandığında düzelmesi, bıraktığında folikülitlerin ortaya çıkması ve ilaçla kısa sürede tekrar düzelmesi bu durumun tesadüf olmadığı göstergesidir. Literatürde görebildiğimiz kadarıyla MPH’nin kullanımı sonrası ortaya çıkan cilt döküntüleri şeklinde vaka bildirimleri bulunurken MPH kullanımı ile düzelen dermatolojik bir olgu veya olası etki mekanizması hakkında bir bilgiye ulaşılmamıştır. (10,11)

Anahtar kelimeler: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Metilfenidat, Akne



Kaynaklar

1. Temel Psikofarmakoloji Kitabı, Yetişkinlerde Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Tedavisi; S:927.
2. Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Connors, C. K., Demler, O., ... & Spencer, T. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of psychiatry*, 163(4), 716-723.
3. Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., & Lépine, J. P. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 190(5), 402-409.
4. Buske-Kirschbaum, A., Schmitt, J., Plessow, F., Romanos, M., Weidinger, S., & Roessner, V. (2013). Psychoendocrine and psychoneuroimmunological mechanisms in the comorbidity of atopic eczema and attention deficit/hyperactivity disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 38(1), 12-23.
5. Pelsser, L. M., Buitelaar, J. K., & Savelkoul, H. F. (2009). ADHD as a (non) allergic hypersensitivity disorder: a hypothesis. *Pediatric Allergy and Immunology*, 20(2), 107-112.
6. Cortese, S., Angriman, M., Maffei, C., Isnard, P., Konofal, E., Lecendreux, M., ... & Mouro, M. C. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and obesity: a systematic review of the literature. *Critical reviews in food science and nutrition*, 48(6), 524-537.
7. Chen, M. H., Su, T. P., Chen, Y. S., Hsu, J. W., Huang, K. L., Chang, W. H., ... & Bai, Y. M. (2013). Comorbidity of allergic and autoimmune diseases among patients with ADHD: a nationwide population-based study. *Journal of attention disorders*, 1087054712474686.
8. Kaya Erdogan, H., Fidan, S. T., Bulur, I., Karapinar, T., & Saracoglu, Z. N. (2016). Evaluation of Cutaneous Findings in Children and Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Preliminary Study. *Pediatric Dermatology*.
9. Gupta, M. A., Gupta, A. K., & Vujcic, B. (2014). Increased frequency of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in acne versus dermatologic controls: analysis of an epidemiologic database from the US. *Journal of Dermatological Treatment*, 25(2), 115-118.
10. Coskun, M., Tutkunkardas, M. D., & Zoroglu, S. (2009). OROS methylphenidate-induced skin eruptions. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 19(5), 593-594.
11. Cohen HA, Ashkenazi A, Nussinovitch M, Gross S, Frydman M: Fixed drug eruption of the scrotum due to methylphenidate. *Ann Pharmacother* 26:1378-1379, 1992.

BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARINDA İNTİHAR GİRİŞİMİ İLE KORUYUCU TEDAVİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Çağdaş Hünkar Yeloğlu¹, Çiçek Hocaoğlu²

¹Bayburt Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Bayburt

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Rize

Amaç: Bipolar bozukluğu (BPB) olan kişilerdeki intihar riski önemli bir sorun olup, yaşam boyu intihar girişimi oranları, unipolar hastalardaki oranlardan belirgin olarak daha yüksektir. Ancak, BPB intihar girişimi ile ilgili risk faktörleri için bilinenler sınırlıdır. Bu çalışmada BPB hastalarında, intihar girişimi ile koruyucu tedavi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 1.2.2013-1.1.2014 tarihleri arasında Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine ardışık sıra ile başvuran, çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan, duygudurum dengeleyici ilaç kullanan BPB tanılı 80 hasta dahil edilmiştir. Aktif hastalık döneminde olan bipolar hastaları, psikotik bozukluk, demans, mental retardasyonu olanlar değerlendirme dışı bırakılmıştır. Remisyon evresi son 3 ayda herhangi bir duygudurum dönemi geçirilmemesi biçiminde tanımlanmıştır. Olgulara, Sosyodemografik Veri Toplama Formu, Young Mani Derecelendirme Ölçeği, Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği, Grof Koruyucu Sağaltım Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen toplam 80 hastanın 57'si (%71.3) kadın, 23'ü (%28.7) erkekti. Hastaların yaşları 18-74 arasında, yaş ortalama 40.51 ± 14.2 idi. 67 hasta (%83.7) BPB tip 1, 13(%16.3) hasta ise BPB tip 2 tanısı aldı. Ortalama hastalık süresi 13.8 ± 9.1 yıldır. Ortalama hastalık süresi kadınlarda 14.63 ± 9.4 , erkeklerde 11.87 ± 8.2 yıl idi. Hastalık başlangıç yaşı ortalaması kadın hastalar için 26.28 ± 4.1 , erkek hastalar için 27.65 ± 3.9 yıl idi. Koruyucu tedavi alma süresi kadınlarda 8.72 ± 6.1 , erkeklerde 8.06 ± 7.1 olarak saptanmıştır. ($p=0.744$) Çalışmamızda 20 hastada (14'ü kadın, 6'sı erkek) (%25) intihar girişimi öyküsü vardı. En çok tercih edilen intihar yöntemi N: 11 (%55) ilaç ile girişimdi. Kadın hastaların 9'u, erkek hastaların ise 2'si ilaç içmek sureti ile intihar girişiminde bulunmuş olup, kadın erkek hastalar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0.379$). Çalışmaya alınan 80 hastanın 36'sı (%45) sadece lityum, 23'ü (%28.8) yalnızca valproik asit, 3'ü (%3.8) sadece lamotrijin, 1'i (%1.3) yalnızca karbamazepin kullanıyordu. Hastaların 5'i (%6.3) lityum ve lamotrijin, 5'i (%6.3) lityum ve valproik asit, 1'i (%1.3) lityum ve karbamazepin kullanıyordu. Lityum kullananların Grof ölçeği ortalama puanı 3.19 ± 2.5 valproik asit kullananların ise 2.30 ± 4.5 'idi. En düşük Grof ölçeği puanı 1.2 ± 1.4 olmak üzere lityum+lamotrijin kullanan gruptaydı. Lityum kullananlar için intihar girişimi sayısı ortalaması 0.30 ± 1.3 , valproik asit için 0.69 ± 1.3 , lityum + valproik asit için (N=5) 2.00 ± 1.2 olarak bulundu.

Sonuç: Çalışmamızda bipolar bozukluklu hastalarda % 25 oranında intihar girişimi öyküsü saptanmış olup, koruyucu tedavi olarak özellikle lityum kullanan grupta intihar girişimi sayısının daha az izlenmiş olması dikkat çekicidir. Klinisyenlerin intihar davranışı açısından bipolar bozukluklu olguları yakından izlenmesinin önemi açıktır.

Kaynaklar

1. Abreu LN, Lafer B, Baca-Garcia E, et al. Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: an update for the clinician. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31:271-80.
2. Song JY, Yu HY, Kim SH, et al. Assessment of Risk Factors Related to Suicide Attempts in Patients With Bipolar Disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2012;200:978-84.
3. Hocaoglu C. Bipolar disorder and suicidal behaviour. *Journal of Mood Disorders* 2013;3(Suppl. 1):S20-S22

Anahtar kelimeler: Bipolar bozukluk, intihar girişimi, koruyucu tedavi

ÇOK ERKEN BAŞLANGIÇLI ŞİZOFRENİ: BİR OLGU SUNUMU

Gözde Salihoğlu¹, Murat Kaçar², Çiçek Hocaoğlu¹

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Rize

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Rize Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Çocuk Ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği, Rize

Çok erken başlangıçlı şizofreni (ÇEBŞ), belirtilerin 13 yaş öncesinde başladığı, çok nadir görülen, ağır şiddette seyreden, önemli düzeyde bilişsel, duygulanım ve sosyal işlev kaybı yaratan, prognozu kötü olan nörogelişimsel bir bozukluktur. Çocuklarda şizofreni tanısı erişkinler için geçerli olan tanı ölçütleri kullanılarak konulmaktadır. Ancak tanı erişkinlerde olduğu kadar kolay konulamamaktadır. Hem toplum içinde onay görmeyen, damgalanan bir hastalık olduğu için, hem de çocukluk döneminde psikotik belirtilerin ve sonuç olarak tanının da değişme olasılığı bulunduğu için ÇEBŞ tanısı erken konulamamaktadır. Hastalığın henüz gelişimin tamamlanmadığı çocukluk döneminde görülmesi belirtileri karmaşık duruma getirmekte, tanı ve tedavi güçleşmektedir. Çocukluk döneminde görülen diğer ruhsal bozukluklarla ayırıcı tanısının yapılması zor ve uzun zaman alan bir süreçtir. ÇEBŞ'de en sık görülen belirtiler işitsel varsanıdır. Görsel varsanılar, düşünce bozuklukları, kötülük görme ve bedensel sanılar, konuşma içeriğinde yoksullaşma, duygulanımda küntlük ve sıklık, dezorganize davranışlar diğer sık rastlanan belirtilerdir. Geç başlangıçlı olgulara göre ÇEBŞ olgularının daha sık sinsi başlangıç gösterdiği, hastalık öncesi uyumlarının ve sonlanmasının daha kötü olduğu bildirilmektedir. ÇEBŞ olgularının bir kısmında utangaçlık, içe dönüklük, akran ilişkilerinde sorunlar, ilgi kaybı, intihar düşünceleri, tuhaf davranışlar, çabuk sinirlenme ve ağlama, şüphecilik, kompulsif davranışlar, ölüm korkusu, korkulu rüyalar, hipokondriyak belirtiler, çökkün duygudurum gibi hastalık öncesi davranışsal örüntüler gözlenmiştir. Bu çalışmada ilk psikotik belirtileri 12 yaşında iken ortaya çıkan ve ilerleyen dönemlerde açık sanrı, varsanı, dezorganize davranışları, konuşmaları gelişen, okul başarısı düşen çok erken başlangıçlı şizofreni tanısı ile iki kez servisimizde yatarak izlenen 15 yaşındaki kız ergen hasta sunulmuştur. Hastanın klinik özellikleri, tanı süreci ve ayırıcı tanısı ve tedavisi literatür bilgileri ışığında tartışılmaya çalışılmıştır. Ayırıcı tanı çok erken başlangıçlı şizofreni ile duygudurum bozuklukları, gelişimsel dil bozuklukları, otizm spektrum bozuklukları ve organik etmenler arasında yapılmaya çalışılmıştır. Hastada gözlenen psikotik belirtilerin normal gelişimsel özelliklerle örtüşen yanları gözden geçirilmiştir.

Kaynaklar

1. Karakaya I, Yıldız ÖÖ, Şişmanlar ŞG ve ark. Çok erken başlangıçlı çocukluk çağı şizofrenisi: Bir olgu sunumu. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8:154-157.
2. Özsungur B, Akdemir D, Kültür ÇE ve ark. Çok erken başlangıçlı şizofrenide klinik görünüm ve tanı Güçlükleri: Olgu Sunumları. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2012; 19:87-95.
3. David CN, Greenstein D, Clasen L et al. Childhood onset schizophrenia: high rate of visual hallucinations. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2011; 50: 681-686.

Anahat kelimeler: Çok erken başlangıçlı şizofreni, ayırıcı tanı, klinik özellikler

ŞİZOFRENİLİ HASTALARDA EŞ TANILI DERİ YOLMA BOZUKLUĞU: BİR OLGU SUNUMU

Gözde Salihoğlu, Çiçek Hocaoglu

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 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 hayati 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. Tıp literatüründe yüzyılı aşkın bir süredir yer almasına karşın yeterince bilinmemektedir. Deri yolma zaman zaman tüm memelilerde görülebilen evrensel bir davranıştır. Pek çok kişi yaşamının herhangi bir döneminde ellerinin ya da yüzünün derisini yolar. Yolmanın nedenleri, eşlik eden duygular, yol açtığı sonuçlar, yolma davranışının ne kadar sürdüğü gibi özellikler patolojik olup olmadığını belirlemede önemlidir. 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. Deri yolma bozukluğu adıyla DSM-5'de ayrı bir tanı kategorisi olarak tanımlanmadan önce bağımsız bir sendrom olabileceğinin yanı sıra farklı psikiyatrik bozuklukların belirtisi olarak da düşünülmüştür. Bu hastalara bazen OKB, bazen dürtü kontrol bozukluğu ya da stereotipik hareket bozukluğu tanısı konulmaktadır. Deri yolma bazen beden dismorfik bozukluğu ya da borderline kişilik bozukluğunun bir belirtisi olabilir. Klinik çalışmalarda deri yolma bozukluğu olan hastaların %57-100'ünde anksiyete ve depresif bozukluklar en fazla olmak üzere yaşam boyu en azından bir tane eksen I bozukluk tanısının olduğu bildirilmiştir. Prader Willi Sendromunda deri yolma bozukluğu yaygınlığı için %65-95 arasında değişen yüksek oranlar bildirilmiştir. Birçok psikiyatrik bozukluk ile birlikte görülebildiğine ait kanıtlar bulunmasına karşın, şizofrenili olgulardaki deri yolma bozukluğunun sıklığı, klinik görünümü ve nedenleri tam olarak bilinmemektedir. Bu nedenle şizofrenili hastalarda eş tanıli deri yolma bozukluğunun tanısı ve tedavisi konusunda geniş örneklemli çalışmalara gereksinim vardır. Bu çalışmada 20 yıllık hastalık öyküsü olan, şizofreni tanısı ile bir kez servisimizde yatarak, son 6 yıldır da düzenli poliklinik kontrolleri ile izlenen, 3 ay önceki poliklinik izlemi sırasında yüzünde ve her iki önkolda yaygın cilt yaraları saptanan 40 yaşındaki kadın hasta sunulmuştur. Daha öncesi benzer bir yakınması olmadığını, yüz ve kollarındaki yaraları kendisinin derisini yolmak sureti ile oluşturduğu öğrenilmiştir. Bu sunumda şizofrenili hastalarda deri yolma bozukluğuna tanısal ve tedavi yaklaşımlar literatür bulguları eşliğinde ele alınacaktır.

Kaynaklar

1. Aydın PÇ, Gülseren L. Deri yolma bozukluğu. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2014; 6(4):401-428.
2. Grant JE, 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.

Anahtar kelimeler: Şizofreni, eş tanı, deri yolma bozukluğu

ERGENDE FARKLI BİR 'KASITLI KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI': BİR OLGU SUNUMU

Ümmühan Kübra Menteşe¹, Gözde Salihoğlu², Çiçek Hocaoglu²

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Rize

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Rize.

Kendine zarar verme davranışı (KKZVD), yaygınlığı giderek artan ve özellikle ergenlik döneminde sık görülen önemli bir ruh sağlığı sorunudur. KKVZD'na özel bir psikiyatrik bozukluk yoktur. Çeşitli psikiyatrik bozukluklarda KKVZD görülebilir. Kendine zarar verenlerde depresyon, anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, dissosiyatif bozukluk, madde kullanım bozuklukları, davranım bozukluğu, yeme bozuklukları ve özellikle borderline kişilik bozukluğu olmak üzere kişilik bozuklukları en sık görülen ruhsal bozukluklardır. Görülme sıklığının her geçen gün arttığını bildiren çalışmalar olmasına rağmen KKZ davranışının nedenleri, risk faktörleri ve tedavi yaklaşımlarına ilişkin bilgiler sınırlıdır. Bu güne kadar yapılan çalışmalarda psikodinamik, biyolojik, psikososyal, ailesel etkenler ve kişilik özelliklerinin kasıtlı kendine zarar verme davranışının etiyolojisinde rol alabileceği ileri sürülmüştür. Bu nedenle KKZ davranışının nedenlerinin, klinik seyri ve risk faktörlerinin daha iyi anlaşılmasına gereksinim vardır. KKZ davranışı, genellikle ergenlik döneminde başlamakta; ergenlik ve genç yetişkinlikte, erişkin yaş grubuna göre daha fazla görülmektedir. KKVZD'nın kızlar ve erkekler arasında dağılımı konusunda farklı sonuçlar mevcuttur. Erkeklerin daha çok vurma ve yakma şeklinde kızların ise keserek KKVZD sergilediği belirtilmiştir. Ergenlerde yapılan çalışmalarda ise en sık kullanılan yöntemler kendini kesme ve vurma olarak saptanmıştır. Bazı yazarlar kendini kesme, deriyi kazıma, yakma vb. eylemlerin KKVZD'nın daha ağır formları olduğunu; vücudu bir yere çarpma, iğne batırma, saçını çekme, yara yerinden deri yolma gibi davranışların ise daha hafif formlar olduğunu belirtmişlerdir. Dürtüsel kendine zarar verme; agresyon duygusunun dışı vurması sonucunda, eylemi yapan kişiye stres karşısında hızlı ve kısa süreli rahatlama sağlayan davranışları içerir. Deriyi kesme, yakma, yontma, şekil kazma, yara iyileşmesine engel olma, kendine vurma, kemiklerini kırma, iğne batırma gibi davranışlar bu grupta sık olarak görülmektedir. Dürtüsel kendine zarar verme, epizodik ve tekrarlayıcı kendine zarar verme şeklinde ikiye ayrılmaktadır. Epizodik tip dürtüsel kendine zarar verme, düzensiz bir şekilde ve sınırlı sayıda kendine zarar vermeyi içermektedir. Bu kişiler kendilerini daha iyi hissetmek veya duygularını kontrol etmek için kendilerine zarar vermektedir. Tekrarlayıcı tipte ise, sık ve çok sayıda kendine zarar verme davranışı görülmektedir. Bu çalışmada psikiyatri polikliniğimize annesi eşliğinde başvuran ve son 3-4 yıldır yineleyen her iki kol dirsek üzerinde parmakları ile bastırma, ezme sureti ile oluşturulan, renk değişikliğinin izlendiği kalıcı cilt yaraları ile saçlarının uç kısımlarını kırma şeklinde dürtüsel KKVZD sergileyen 18 yaşındaki kız ergen hasta literatür bilgileri ışığında sunulmuştur. Birden fazla KKVZD ve daha önce yazında belirtilmemiş deriyi ezme -bastırma ile oluşturulan kalıcı özellikteki cilt yaralarının olması olgumuzu ilginç kılan özellikleridir.

Kaynaklar

1. Çelik HF, Hocaoglu C. Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı. Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar. 2017;9(2):209-226.
2. Rodham K, Hawton K, Evans E. Reasons for deliberate self-harm: comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2004; 43(1): 80-87.
3. Whitlock J, Eckenrode J, Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population. Pediatrics. 2006; 117(6): 1939-1948.

Anahtar kelimeler: Kasıtlı Kendine Zarar verme Davranışı, Ergen, tanı

ERKEN VE GEÇ ALKOL YOKSUNLUĞUNDA BAZI OKSİDATİF STRES PARAMETRELERİNDE MEYDANA GELEN DEĞİŞİKLİKLER

Aslı Beşirli¹, Ertuğrul Eşel², Saliha Demirel Özsoy², Sema Kader Köse³, Tayfun Turan²

¹*Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Departmanı*

²*Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı*

³*Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı*

Amaç: Etanolün karaciğer ve diğer dokularda oksidatif strese yol açtığı düşünülmektedir. Ayrıca serbest radikallerin ve lipid peroksidasyon ürünlerinin hepatik proteinlerle reaksiyonu hem humoral hem de hücrel bağışıklık sistemini uyarak kronik hepatik enflamasyon sürecini başlatmaktadır (1). Bu çalışmanın amacı erken ve geç alkol yoksunluğunda lipid peroksidasyon ve protein oksidasyon ürünleri üzerinden oksidatif stresin varlığını araştırmaktır.

Metod: Bu çalışmaya, alkol bağımlılığı tanısı alan ve alkol yoksunluğunda olan 20-60 yaşları arasında 23 erkek hasta ve kontrol grubunu oluşturmak üzere gönüllü olan aynı yaş grubundaki 20 sağlıklı erkek dahil edilmiştir. Alkol yoksunluğunun 1. ve 28. gününde ve kontrollerden bir gece açlıktan sonra serumda/plazmada lipid hidroperoksit (LPO), pirrolize protein, miyeloperoksidaz (MPO) ve protein karbonil bileşikler (PCC) düzeylerinin ölçümleri için kan örnekleri alınmıştır.

Bulgular: Erken yoksunlukta oksidatif stres parametrelerinden MPO, LPO, Pirrolize Protein ve PCC düzeyleri geç yoksunluk dönemiyle karşılaştırıldığında anlamlı derecede daha yüksek olarak bulundu (sırasıyla $t=5.611$; $df=1, 19$; $p<0.001$; $t=9.523$; $df=1, 19$; $p<0.001$; $t=4.329$; $df=1, 19$; $p<0.001$; $t=6.709$; $df=1, 19$; $p<0.001$); Geç yoksunlukta ise yalnızca MPO düzeyi kontrollerinkinden anlamlı derecede yüksek olarak bulundu ($F=5.471$; $df=1, 35$; $p=0.025$). Diğer parametrelerde ise fark tespit edilmedi.

Sonuç: İnsanlarda, alkol yoksunluğunda MPO, LPO, Pirrolize Protein ve PCC gibi oksidatif stres parametrelerinde meydana gelen değişiklikleri gösteren çalışma sayısı hayvan çalışmalarına göre daha azdır. Sıçanlarda yapılan bir çalışmada akut olarak yüksek miktarda verilen etanolün sistemik ve lokal oksidatif stresi ağırlaştırarak MPO düzeylerini artırdığı gösterilmiştir (2). Erken yoksunlukta artış saptanan bir diğer parametre olan LPO ile ilgili yapılan çalışmalardan birinde 30 gün boyunca alkole maruz bırakılan sıçanlarda alkol verilmeyen sıçanlara göre benzer şekilde daha yüksek hepatik LPO düzeyleri bulunmuştur (3). PCC düzeylerinin değerlendirildiği çalışmalardan birinde kronik alkolizmi olan kişilerde PCC düzeylerinin kontrollere göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (4). Pirrolize proteinlerin düzeylerinin artırıldığı çalışmada sıçanlar 1 ay boyunca etanole maruz bırakılmış ve pirrolize protein düzeylerinin arttığı bulunmuştur (5).

Sonuç olarak, alkolün oksidatif stresi ağırlaştırıcı özelliği sayesinde reaktif oksijen radikalleri salınmakta, birçok oksidatif stres parametresinde artış meydana gelmekte ve doku hasarı oluşabilmektedir.

Kaynaklar

1. Albano E. Alcohol, oxidative stress and free radical damage. *Proc Nutr Soc* 2006; 65:278-90.
2. Aytacoglu BN, Calikoglu M, Tamer L, et al. Alcohol-induced lung damage and increased oxidative stress. *Respiration* 2006;73:100-4.
3. Seiva FR, Amauchi JF, Rocha KK, et al. Alcoholism and alcohol abstinence: N-acetylcysteine to improve energy expenditure, myocardial oxidative stress, and energy metabolism in alcoholic heart disease. *Alcohol* 2009;43:649-56.
4. Mutlu-Türkoglu U, Doğru-Abbasoğlu S, Aykaç-Toker G, Mirsal H, Beyazyürek M, Uysal M. Increased lipid and protein oxidation and DNA damage in patients with chronic alcoholism. *J Lab Clin Med* 2000;136:287-91.
5. Bardag-Gorce F, Li J, French BA, French SW. The effect of ethanol-induced CYP2E1 on proteasome activity: the role of 4-hydroxynonenal. *Exp Mol Pathol* 2005;78:109-15.

Anahtar kelimeler: alkol yoksunluğu, oksidatif stres

YAŞLI HASTADA 'NÖROLEPTİK MALİGN SENDROM': BİR OLGU SUNUMU

Gözde Salihoğlu, Çiçek Hocaoğlu

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

Nöroleptik Malign Sendrom (NMS) antipsikotik ilaçların kullanımı ile görülen, nadir karşılaşılan, ancak yaşamı tehdit edebilen idiosinkratik bir komplikasyondur. Klinik olarak yüksek ateş, otonom sinir sistemine ait bozukluklar (hipertansiyon, taşikardi, taşipne, terleme, idrar inkontinans), dişli çark ve kurşun boru şeklinde kas rijiditesi gibi ekstrapiramidal bulgular ve bilinç değişiklikleri (konfüzyon, ajitasyon ya da katatoni) ile karakterizedir. Laboratuvar tetkiklerinde yüksek kreatin kinaz (CPK) düzeyi, karaciğer ve böbrek işlevlerinde bozulma, lökositoz ve elektrolit dengesizliği görülebilir. Kas rijiditesi, sıklıkla kas nekrozu, miyoglobüniüri ve yüksek serum CPK düzeyi ile ilişkilidir. Çeşitli demografik, hasta ve tedaviye ait özellikler ve çevresel faktörler NMS riskini artırır. Genellikle yüksek potensli antipsikotiklere başlanması ya da dozlarının hızla artırılması ile ilişkili görülen ve dopamin blokajına bağlı olduğu düşünülen NMS'nin, tüm tipik ve atipik antipsikotiklerle gelişebileceği bildirilmiştir. Görülme sıklığı %0.07 ila %2.2 arasındadır. NMS'de mortalite, semptom şiddeti ve tedavi yaklaşımının zamanlamasına bağlı olarak %10-70 gibi geniş bir aralıkta olabilmektedir. En sık ölüm nedenlerini ritim bozuklukları, solunum yetersizliği, böbrek yetersizliği ve kardiyovasküler sistemin çökmesi oluşturmaktadır. Klinik olarak çoğunlukla yetişkin erkeklerde ve %0.5-1 oranında görülür. Yazında bildirilen olguların daha çok genç yetişkin yaşlarda, depo antipsikotiklerin kullanımı sonrası NMS gelişmesi dikkat çekicidir. Bu çalışmada ise son iki yıldır farklı sağlık kurumlarına moralsizlik, uykusuzluk, takıntılı düşüncelerinin olması nedeni ile başvuran çok sayıda ve çeşitli antidepressan, antipsikotik, anksiyolitik ilaçları kullanan ancak yakınmaları düzelmeyen DSM-5'e göre yineleyen major depresif bozukluk (psikoz özellikleri gösteren) tanısı ile ileri tetkik ve tedavi amacı ile servisimize kabul edilen, yatışının ikinci gününde aniden gelişen yüksek ateş, CPK yüksekliği, karaciğer ve böbrek işlevlerinde bozulma, lökositoz ve belirgin kas rijiditesinin gelişmesi üzerine hastane yoğun bakım servisinde NMS tanısı ile izlenen 71 yaşındaki kadın hasta sunulmuştur. Hastanın servise kabulü sırasında son 4 aydır sitalopram 40mg/g, olanzapin 20mg/g, ketiypin 600mg/g kullandığı, son bir haftadır ise mevcut tedaviye haloperidol 15mg/g eklendiği öğrenildi. Yaşlı hastaların (özellikle kadın hastalar) çok sayıda ve yüksek dozda psikotrop ilaç kullanımı sonucu yan etkiler açısından daha duyarlı olduğu pek çok sayıda çalışmada belirtilmiş olmasına karşın, yaşlı hastalarda NMS ile ilgili bilgiler kısıtlıdır. Ancak, NMS'in klinik seyri ve çoklu organ tutulumu nedeniyle yaşlı hastada yaşamı ciddi oranda tehdit eden bir klinik tablo olduğu söylenebilir. Bu nedenle klinisyenlerin yaşlı olgularda çoklu psikotrop ilaç kullanımı sırasında NMS gelişmesi konusunda dikkatli olmaları önerilir.

Kaynaklar

1. Shea YF, Chu LW. Neuroleptic Malignant Syndrome Caused by Quetiapine in an Elderly Man with Lewy Body Dementia. J Am Geriatr Soc. 2016 Sep;64(9):e55-6.
2. Feng Y, Yang X, Huang Y. Two cases of neuroleptic malignant syndrome in elderly patients taking atypical antipsychotics. Shanghai Arch Psychiatry. 2013 Jun;25(3):178-82.
3. Caroff SN, Campbell EC, Sullivan KA. Neuroleptic malignant syndrome in elderly patients. Expert Rev Neurother. 2007 Apr;7(4):423-31.

Anahtar kelimeler: Yaşlı, nöroleptik malign sendrom, çoklu ilaç kullanımı

KLARİTROMİSİN KULLANIMI İLE İLİŞKİLİ MANİ: BİR OLGU SUNUMU

Hasan Mervan Aytaç, Nazan Aydın

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Antibiyotik kullanımı ile ilişkili mani, klaritromisin ve diğer antibiyotiklerin nadir, ancak önemli bir yan etkisidir. Klinik insidansın düşük olmasına bağlı tahmin edilenden çok az olmasına rağmen, daha önce bipolar duygudurum bozukluğu tanısı almayıp antibiyotik kullanımı ile indüklenen mani vakalarında artış bildirilmektedir. Klaritromisin kullanımına bağlı nadir olgu bildirilmişse de bu yazıda daha önce hastalık öyküsü olmayan 42 yaşında evli, iki çocuk annesi, kadın hastada klaritromisin tedavisi sonrası başlayan mani bulguları sunulmuştur.

Olgu: Daha önce psikiyatri başvurusu olmayan ve ilk kez psikiyatri kliniğine yatışı olan hastada son 4 gündür yerinde duramama, aşırı neşelilik hali, iştahsızlık, uyku miktarında azalma, konuşma miktarında artış ve aşırı alışveriş yapma isteği mevcuttu. Kendisinin ermiş olduğuna inanma ve dini uğraşlara aşırı yönelme mevcuttu. Aşırı özgüven artışıyla aşçı olarak çalıştığı iş yerinden birden ayrılan ve kendine ait bir lokanta dükkanı açma kararı alan hasta ailesinden habersiz dükkan kiraladı. Yine ailesinden habersiz kuyumcudan kapora ödeyip yüklü miktarda altın siparişi veren hasta eşi ve oğluyla acile başvurup kadın servisine yatışı planlandı. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ): 27 olan hastanın yakınlarından alınan anamnezde şikayetleri başlamadan yaklaşık 4 gün önce üst solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle Klaritromisin 1000 mg/gün tedavisine başlandığı sonrasında hastada konuşma miktarında artma, uyku miktarında azalma, aşırı alışveriş yapma isteği, aşırı neşelilik ve özgüven artışı şeklinde mani benzeri şikayetleri gözlemlendi. Hastanın 5 mg/gün olanzapin ile başlayan tedavisi kademeli artırılarak 20 mg/gün'e kadar yükseltildi. Yatışının 5. gününde çalıştığı işyerinden ayrılıp yeni bir lokanta dükkanı açma kararının mantıksız olduğunu düşünmeye başladığı, ailesinden habersiz şekilde kuyumcudan yapmış olduğu alışverişi hastalık etkisinde yapmış olabileceğini ifade eden hastanın YMDÖ: 2 olarak tespit edildi. Yan etkinin değerlendirilmesi için uygulanan Naranjo İlaç Yan Etki Olasılık Skalası puanının 10 olması nedeniyle mevcut tablonun Klaritromisin'e bağlı bir etki olduğu düşünüldü. Hastanın kısa sürede yatış nedeni olan konuşma hızı ve miktarının, aşırı neşelilik halinin normale dönmesi, uykusunun düzene girmesi nedeniyle klinik salah ile taburculuğu yapılması uygun görüldü.

Tartışma: Klaritromisin makrolid grubu antibiyotik olup üst ve alt solunum yolu enfeksiyonlarında sıkça kullanılmaktadır. Klaritromisin kullanımı ile ilişkili maniye açıklayabilecek birkaç teori vardır; en çok çalışılardan biri, gama bütirik asit (GABA) de dahil olmak üzere nörotransmitterlerle antibiyotiklerin etkileşimi ile ilgilidir. Bununla birlikte, sebep olan mekanizma tam olarak hala bilinmemektedir

Anahtar kelimeler: Klaritromisin, antibiyotik, mani

REMİSYON DÖNEMİ BİPOLAR AFEKTİF BOZUKLUK HASTALARINDA SOSYAL UYUM VE MUHAKEME BECERİSİNİN KLİNİK ÖZELLİKLERLE İLİŞKİSİ

Şenay Kılınçel¹, Oğuzhan Kılınçel³, Fevziye Bulca Karadem⁴, Cengiz Akkaya²

¹Uludağ Üniversitesi Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları Anabilim Dalı

²Uludağ Üniversitesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı

³Tokat Dr. Cevdet Aykan Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hastanesi

⁴Süleyman Demirel Üniversitesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş ve amaç: Bipolar bozukluk, sosyal ve mesleki işlevsellik kaybına yol açan, süregelen bir hastalıktır. Hastalarda işlevselliğin düşmesinin sebeplerinden biri de, sosyal-algisal, sosyal bilişsel ve muhakeme yetilerindeki bozulmadır. Hastalığın aktif dönemlerinde yapılan çalışmalar sosyal-algisal, sosyal bilişsel ve muhakeme yetilerindeki gibi bilişsel alanların zayıf olduğunu göstermektedir. Son zamanlarda ötimik hastalarla yapılan araştırma sonuçları ise çelişkilidir. Bir çok araştırma ötimik hastalarda sosyal-algisal, sosyal bilişsel becerileri sağlıklı gönüllülere göre anlamlı derecede düşük beceri saptamıştır. Bununla birlikte literatürde sonuçların anlamlı olmadığı çalışmalar da mevcuttur.

Yöntem: Çalışma grubu Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne ayaktan başvuran kişiler arasından seçildi. Bunlar arasında (DSM-V) göre "Bipolar Affektif Bozukluk" tanısı alan ve remisyon döneminde olan 50 kişi hasta grubunu oluşturdu. Herhangi bir psikiyatrik ve diğer tıbbi hastalık tanısı almayan 50 kişi kontrol grubunu oluşturdu. Çalışmaya alınan tüm deneklerin demografik bilgileri, çalışmayı yürüten kişi tarafından sosyodemografik bilgi formu doldurularak alındı. Hasta grubuna Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) uygulandı. Bundan sonra tüm deneklere Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE) Sosyal Uyum ve Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) Muhakeme Becerisi (WAIS-R) uygulandı.

Bulgular: Grupların BDÖ, BAÖ, SUKDÖ, WAIS-R ölçeklerinden aldıkları median, minimum ve maksimum puanları Tablo-1'de gösterilmiştir. İki grup arasında BAÖ, SUKDÖ, WAIS-R parametreler için anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). BDÖ için anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,906$).

Tartışma ve sonuç: çalışmamızda remisyon döneminde olan bipolar affektif bozukluk hastaların, sosyal işlevsellik düzeyinin, cinsiyet, anksiyete düzeyinden ve depresif atak sayısından ilişkisiz biçimde var olduğunu belirledik., sosyal işlevsellik düzeyinde defisit olması, diğer özellikleri ne olursa olsun bipolar affektif bozukluğu olan bireyi normallerden ayıran önemli bir etmen gibi görünmektedir ve bu durum patolojinin varlığını etkilediğini düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: bipolar, sosyal uyum, muhakeme

Tablo 1. Grupların yapılan ölçeklerden aldıkları puanlar

	<i>Hasta</i>	<i>Kontrol</i>	<i>p değeri</i>
BDÖ	5(0-12)	5.5(0-10)	P=0,906
BAÖ	6,5(0-27)	5(0-23)	P=0,044
SUKDO	39,5(24-52)	44(22-55)	P=0,007
WAİS-R	22,5(10-35)	28(18-34)	P<0,001

ŞİZOFRENİ VE BİPOLAR BOZUKLUK ÖNTANILARIYLA TAKİP EDİLEN BİR MUNCHAUSEN SENDROMU OLGUSU

Pınar Kızılay Çankaya¹, İlkey Keleş Altun²

¹Fatih Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Trabzon

²Kanuni Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Trabzon

Amaç: Munchausen Sendromu yapay bozuklukların en uç tipidir. Hastalık taklidi, patolojik yalan ve hastane hastane dolaşma karakteristiktir. Munchausen Sendromlu hastalar değişik şekillerde hekimlerin karşısına çıkabilirler. Kronik yapay bozuklukların yaygın görülme biçimleri organ sistemlerine göre; abdominal, kardiyak, dermatolojik, genitoüriner, hematolojik, enfeksiyöz, nörolojik, psikiyatrik ve kendi kendine ilaç alan grup olarak sınıflandırılabilir. Bu olgu sunumunda psikiyatrik belirtiler gösteren bir Munchausen Sendromu olgusundan söz edilecektir.

Olgu: 17 yaş erkek hasta, lise 2. sınıf öğrencisi. Dış merkezde önerilen klonezapam 2 mg dan yaklaşık 20 adet içerek intihar girişiminde bulunması nedeniyle yattığı anestezi yoğun bakım ünitesinde değerlendirildi. Kendisiyle yapılan görüşmede son 1 yıldır olan ve son dönemde artan emir veren ve kendisini öldürmesini söyleyen sesler nedeniyle bunalarak intihar ettiğini belirtti. Dış merkezde psikotik bozukluk tanısıyla risperidon 4 mg önerildiği öğrenildi. Psikiyatri servisine yatış konusunda isteksiz olan aile, oğullarında yatış gerektiren bir hastalık olduğunu düşünmediklerini, küçüklüğünden beri sağ gözde kayma ve görme azlığı nedeniyle birçok operasyon geçirdiğini, buna bağlı hastanın özgüven sorunları ve ilgi çekme çabası olduğunu ifade etti. Hastayla servisteki izleminde yapılan görüşmelerde hastanın tariflediği yoğun depresif ve psikotik düşünce içeriğine uygunsuz affetti, psikiyatrik terimlere aşinalığı ve ‘ajitasyon’, ‘anamnez’, ‘antidepresanla hızlanma belirtileri’, ‘düşüncelerinin okunması’ gibi ifadeleri çok rahatça kullanması, belirtilerini kitabi şekilde itina ile anlatması ve sık sık kendisinde tanı olarak şizofreni mi bipolar bozukluk mu düşündüğümüzü sorması dikkat çekti. Kendisini daha önce takip eden psikiyatri hekimlerinden bilgi almak için hekimlerin isimleri istendiğinde o hekimlerden doğru bir bilgi alamayacağımızı çünkü bu doktorların hastalığına inanmadıklarını ve daha önce hastaneye yatması gerekirken onu yatırmadıklarını ifade etti. Hastanın yatışı süresince mesai saatlerinde servis içinde uyumlu iken nöbetlerde emir veren seslerin kendisini öldürmesini söylediğini ifade ederek plastik çatalla kendisine zarar vermeye çalıştığı öğrenildi. Bu süre içinde hastanın ailesinin taburculuk talepleri ve hastanın sağlık durumuyla ilgili kayıtsız tavırları devam etti. Yatışının ikinci haftasında annesi özel görüşme talebinde bulundu. Yapılan görüşmede oğlunun 11 yaşından beri bu tarz şikayetlerle birçok çocuk psikiyatrisi ve son 2 yıldır da erişkin psikiyatristine gittiğini, önce doktorun hastada ciddi bir psikiyatrik hastalık olduğunu tedavi başladığını ancak sonra hastalığını kendisinin ortaya çıkardığını düşünüp hastaya bunu söylediklerinde hastanın doktor değiştirme talebinde bulunduğu öğrenildi. Hasta yatışının 2. haftasında ailesinin isteği ve onayıyla taburcu edildi.

Tartışma: Bu olgu erken yaşta başlayan hastalık belirtileri ve psikiyatrik belirtilerle ortaya çıkan bir yapay bozukluk olgusu olması nedeniyle dikkat çekicidir. Bu vakalarda hastamızda da olası olduğu düşünülen çocuklukta ihmal veya istismar öyküsü sık karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca sık hastane başvurusu ve yatış öyküsü, hastalık belirtilerinin alışılmadık ve dramatik sunumu tanıyı destekleyici emenlerdendir. Prognozun oldukça kötü olduğu bildirilen bu bozuklukta, hastaların tanı ve izlemi hekimler için de oldukça büyük bir zorluk oluşturmaktadır.

Anahtar kelimeler: Munchausen Sendromu, yapay bozukluk, patolojik yalan

AZ BİLİLEN BİR KONU ‘TELEFON SKATOLOJİSİ’: BİR OLGU SUNUMU

Ünsal Bağın¹, Çiçek Hocaoglu²

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Rize

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Rize.

Telefon skatolojisi (telephonicophilia), DSM-5'te “Tanımlanmış diğer bir cinsel sapkınlık (parafili) bozukluğu” kategorisinde yer alan bir parafili türüdür. Bu grupta telefon skatolojisi dışında nekrofil (cesetler), zoofili (hayvanlar), koprofil (feçes), klizmafili (enema), ürofil (idrar) ve özgül kategorilerden birinin tanı ölçütlerini karşılamayan ve daha az görülen diğer parafilik bozukluk türleri yer alır. Telefon skatolojisinde, en az altı aydır cinsel ve müstehcen telefon aramalarının yanı sıra tekrarlayan yoğun uyarıcı fanteziler, cinsel dürtüler veya davranışlar vardır. Çoğu zaman mastürbasyon eşlik eder. Telefon skatolojisi diğer parafililere nispeten daha ılımlı seyreder. Parafililerin tek başına görülmedikleri, genellikle bir başka parafili ile birlikte oldukları şeklinde ortak bir görüş vardır. Telefon skatolojisi eski yıllardan beri tanımlanmış olmasına karşın bu konuda sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Etiyolojisi, klinik görünümü ve tedavisi bilinmemektedir. Bugüne kadar yapılan çalışmalarda telefon skatolojisi olguların, ortalama ya da artmış cinsel istek ve arzuları olan, bilişsel eksiklik ve başarısız ilişkiler ve / veya sınırlı sosyal etkileşim öyküsü bulunan heteroseksüel erkekler olma eğilimindedir. Bu güne kadar üç tipi tanımlanmıştır. İlk ve en yaygın olan arama türü, failin kendisi ve cinsel organları hakkında övünmekte olduğu ve mastürbasyonunu anlattığı kategoridir. İkinci tür görüşme, dinleyiciye yönelik cinsel şiddet ve diğer şiddet tehditlerini içerir. Üçüncü tip aramada ise, dinleyiciden kişisel ve samimi ayrıntılar elde etmek için bir kadın olarak poz verme veya bir cinsel araştırmacının araştırmacısı olarak davranma gibi bir kullanmayı içerir. *Göstermecilik bozukluğu ile* telefon skatolojisi arasında örtüşen özellikler vardır. Telefon skatolojisi mağduru olan bireylerde uzun süreli psikolojik belirtiler ortaya çıkmaktadır. Parafilik bireylere ulaşmak zordur. Telefon skatolojisi olan bireylerin de psikiyatrik başvuruları kısıtlıdır. Bu çalışmada psikiyatri polikliniğimize ailesinin isteği üzerine babası refakatli olarak son 5-6 yıldır yakın çevresinde bulunan iki ayrı kadını telefonla arayıp cinsel içerikli konuşmalar yaparak rahatsız ettiği ailesi tarafından dile getirilen 28 yaşındaki lise mezunu, bekar, işsiz erkek hasta literatür bulguları ışığında sunulmuştur. Telefon skatolojisi tanısı ile izlenen olgu görüşme sırasında cinsel istek ve arzusunu fazla olduğunu, cinsel içerikli telefon hatlarını da sıkça aradığını, önemli ölçüde para kaybettiğini ve bu durumu denetlemede zorlandığını mevcut durumun bir ruhsal bozukluk değil kendi kontrolünde olduğunu ifade etmiştir. Telefon skatolojisi nispeten görmezden gelinen bir parafilik bozukluktur. Bu nedenle klinisyenlerin bu konuda duyarlı olmaları telefon skatolojisi mağduru olan bireyleri de olumlu etkileyecektir.

Kaynaklar

1. Zidenberg, A. M., & Wan, P. (2015). “Telephone Scatalogia: Review of Current Literature.” *Inquiries Journal/Student Pulse*, 7(09). Retrieved from <http://www.inquiriesjournal.com/a?id=1119>
2. Altıntaş M, Oğuz M, Oğuz N, İnanc L. Comorbidity of Telephone Scatalogia with Multiple Psychiatric Disorders: a Case Report. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2016;29:275-280.
3. Pakhomou SM. Methodological aspects of telephone scatalogia: a case study. *Int J Law Psychiatry* 2006; 29:178-185.

Anahtar kelimeler: parafilik bozukluk, telefon skatolojisi

ERGENDE İNTERNET BAĞIMLILIĞI VE AİLE İLİŞKİLERİ: BİR OLGU SUNUMU

Ali Aydın¹, Tolga Polat¹, Çiçek Hocaoglu²

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Rize

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Rize

İnternet, iletişimde ve bilgiye ulaşımında sağladığı kolaylıklar sayesinde çok sık kullanılan önemli bir teknolojidir. Son birkaç yıldır akıllı telefonların yaygınlaşması da internete ulaşımı iyice kolaylaştırmış ve kullanıcı sayısında büyük artışlar olmuştur. İnternet gençler tarafından pek çok şekilde kullanılmaktadır. İnternet, kullanıcıları tarafından amacı doğrultusunda kullanıldığında bireyleri bilgiye ulaşma, problem çözüme, öz-yönelimli öğrenme gibi günümüzün önemli becerilerini kazandıran önemli bir teknolojidir. Ancak internet, amacı dışında kontrolsüz ve bilinçsiz kullanıldığında kaygı ve korkuya neden olmakla birlikte kişisel gelişimi olumsuz şekilde etkileyebilmektedir. Ayrıca internetin amacı dışında aşırı derecede kullanımı kullanıcının biyolojik, fizyolojik, psikolojik ve sosyal gelişimini olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Bununla birlikte internet kullanım süresinin artması kullanıcılar arasında depresyon, izolasyon, agresifleşme gibi bazı sorunlara neden olabildiği gibi genel sağlık durumlarının da olumsuz şekilde etkilendiği belirlenmiştir. Aşırı internet kullanımının çocuk ve gençlerde oluşturmuş olduğu bu olumsuz etkiler dikkate alındığında ailelerin çocuklarını bu olumsuz etkilerden koruması gerektiği düşünülmektedir. Ancak ailelerin çocuklarının internet kullanımına yönelik farklı tutumlar sergilemesi çocukların internete karşı olan davranışlarını da etkileyebilmektedir. İnternete karşı ailelerin gösterdikleri tepkilerle çocukların internet kullanımı arasında farklı ilişkilerin olduğu görülmektedir. Günümüze kadar yapılan çalışmalarda aile tutumu, aile ilişkileri ile internet bağımlılığı arasındaki ilişki konusunda farklı ve çelişkili bulguların elde edilmiştir. Bu nedenle ergenleri ve aile ilişkilerini etkileyen problemleri internet kullanımı konusunda (nedenleri, özellikleri ve tedavi yaklaşımları) geniş örneklemli çalışmalara gereksinim vardır. Bu çalışmada psikiyatri polikliniğimize annesinin isteği üzerine annesi refakatli olarak başvuran, yaklaşık 3 yıldır gününün büyük bir kısmını internet kullanarak geçiren, internet kullanımı nedeniyle uyku ve yeme düzeni bozulan, annesinin ısrarı ile kişisel bakımını yapan, bütün gününü evde odasında bilgisayar başında geçiren, arkadaşları ile eskisi gibi görüşmeyen 3 ay öncesi bir psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören 18 yaşındaki lise 1 den ayrılmış erkek ergen hasta sunulmuştur. İnternet bağımlılığı tanısı ile izlenen hastanın son 3 yıldır annesi ile sürekli gergin bir ilişkisi olduğu, hatta ara sıra annesine şiddet içeren eylemlerde bulunduğu, babası ile ise mesafeli bir ilişkisi olduğu öğrenildi. Gelişen teknolojik imkanların yaşamımıza kattığı olumlu katkıların yanı sıra internetin problemleri kullanımı ile pek çok ruhsal soruna yol açabileceği konusunda ruh sağlığı çalışanları duyarlı olmalıdırlar.

Kaynaklar

1. Ayas T, Horzum MB. İlköğretim Öğrencilerinin İnternet Bağımlılığı ve Aile İnternet Tutumu. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 2013; 4:46-57.
2. Say G, Batıgün AD. Problemleri İnternet Kullanımı ile Ebeveyn-Ergen İlişki Niteliği, Yalnızlık, Öfke ve Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişkilerin incelenmesi. Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2016;29:324-334.
3. Xu J, Shen LX, Yan CH, et al. Parent-adolescent interaction and risk of adolescent internet addiction: a population-based study in Shanghai. BMC Psychiatry 2014; 14:112.

Anahtar kelimeler: İnternet bağımlılığı, ergen, aile ilişkileri

OTOJEN VE REAKTİF OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK HASTALARINDA BAZI NÖROBİYOLOJİK PARAMETRELERİN KARŞILAŞTIRILMASI.

Ekrem Yılmaz¹, Pınar Güzel Özdemir¹, Erdem Çokluk², Emine Yılmaz²

¹Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilimdalı

²Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilimdalı

Amaç: Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) alt tipleri için, otojen obsesyonlar ve reaktif obsesyonlar ile ilişkili, hastalardaki nörobiyolojik belirteçlerin incelendiği araştırmalar yeterli değildir. Çalışmamızda OKB alt grupları arasında nörobiyolojik belirteçler açısından farklılık olup olmadığının değerlendirilmesi ve otojen obsesyonlara sahip OKB hastalarında daha güçlü veya farklı bir nörobiyolojik mekanizmayı düşündürecek bulguların olup olmadığının gösterilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Psikiyatri polikliniğine başvuran ve çalışma ölçütlerini karşılayan, otojen olarak tanımlanan obsesyonlara sahip 30 hasta (otojen grup), reaktif olarak tanımlanan obsesyonlara sahip 30 hasta (reaktif grup) ve sağlıklı gönüllülerden oluşan 28 kişi (kontrol grubu) çalışmamızın örneklemini oluşturdu. Hasta gruplarına ve kontrol grubuna sosyodemografik veri formu, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) uygulandı. Uygulanan ölçekler dışında tüm gruplardan kan örnekleri alınarak Paraoksonaz (PON1), Prolidaz, High sensitif C-reaktif protein (hs-CRP), Beyin Kaynaklı Nörotrofik Faktör (BDNF) düzeyleri ölçülerek karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmamızda ortalama PON1 değerleri açısından otojen grup, reaktif grup ve kontrol grubu arasında istatistiki olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Ortalama prolidaz değerleri reaktif grupta, kontrol grubuna göre ve otojen gruba göre istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Ortalama prolidaz değerleri arasında otojen grupla kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ortalama hs-CRP değerleri açısından gruplar arasında istatistiki olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). BDNF değerleri ise otojen grupta, kontrol grubuna göre ve reaktif gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olarak bulunurken ($p<0,05$), reaktif grupla kontrol grubu arasında ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sonuç: Araştırmamızda otojen grupta BDNF düzeylerindeki anlamlı düşüklük, BDNF'nin nörogelişim, nöroplastisite, davranışsal öğrenmede azalma veya bozulma yoluyla otojen obsesyonların nörobiyolojisinde rolünün olduğunu desteklemektedir. Bu bulgu otojen obsesyonların patofizyolojisinde, nörobiyolojik süreçlerin daha etkin rolü olduğunu göstermektedir. Ayrıca reaktif grupta prolidaz düzeylerinin kontrol grubuna ve otojen gruba göre anlamlı olarak yüksek bulunmasına karşın otojen grupla kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılığın olmaması, otojen ve reaktif obsesyonların patofizyolojisindeki olası nörobiyolojik farklılığa işaret eder.

Anahtar kelimeler: Obsesif kompulsif bozukluk, biyokimyasal ölçümler, otojen ve reaktif obsesyonlar

Tablo 1. Grupların Paraoksanaz, Prolidaz, Hs-CRP, BDNF Değerlerinin Karşılaştırılması

	<i>Reaktif Grup (n:30)</i>	<i>Otojen Grup (n:30)</i>	<i>Kontrol Grubu(n:28)</i>	<i>p değeri</i>
Paraoksanaz	105±58	135±75	100±65	0,096
Prolidaz	301±304 A	71±110 B	148±147 B	0,001
Hs-CRP	2,11±3,42	2,29±2,52	2,17±3,05	0,970
BDNF	1260±422 A	968±470 B	1282±536 A	0,022

TÜRKİYE'DEKİ SURIYELİ SİĞINMACILARIN DEPRESYON DÜZEYLERİ

Nigar Çiçek

Okan Üniversitesi

Giriş ve amaç: İnsanların çeşitli amaçlarla yer değiştirme hareketleri (göç) tarih boyunca görülmüştür. Göçler bireysel, gruplar ve kitlesel olabilir. Kitlesel göçler daha çok savaş durumlarında görülür. Kitlesel göçler en çok savaşlara bağlı olarak görülür. 2011 yılında başlayan Suriye krizinden sonra Türkiye kitlesel göç almıştır.

Mülteci kavramı, dar anlamda 'başka bir ülkeye sığınma talebinde bulunan ve bu talebi o ülke tarafından kabul edilen kişi'dir. Göç Terimleri Sözlüğü sığınmacıyı, 'mülteci olarak o ülkeye kabul edilmek isteyen ve mültecilik statüsüne geçmek için yaptığı başvurunun sonucunu bekleyen kişi' olarak tanımlamıştır. 04.04.2013 tarihli ve 6458 sayılı kanun 11.04.2013 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu kanunla Suriye ve iç savaşın yaşandığı ülkelerden toplu olarak gelenlere 'geçici koruma' statüsü verilmiştir. Suriyeliler Türkiye'de mülteci olamazlar, sığınmacı tanımına da uymazlar. Burada bilerek 'sığınmacı' terimi kullanılmıştır.

Bu çalışmanın amacı, Türkiye'deki Suriyeli sığınmacıların bazı sosyodemografik özelliklerinin belirlenmesi ve depresyon oranının araştırılmasıdır.

Yöntem: Kesitsel türdeki araştırmanın örneklemini İstanbul Fatih ilçesinde yaşayan 12-54 yaşları arasındaki okuryazar olan (26 erkek, 26 kadın) Suriyeli sığınmacı oluşturmuştur. Örneklemden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Veriler Sosyodemografik Bilgi Formu ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile toplanmış, kesme puanı 17 olarak alınmıştır. Türkçe bilmeyenler için çevirmenler kullanılmıştır.

Bulgular: Örneklem grubunun sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Örneklem grubunun BDÖ toplam puanlarına göre dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir. Buna göre örneklem %88.5'i BDÖ'den kesme puanının üstünde puan almıştır.

BDÖ toplam puanlarının dağılımı yaş gruplarına, cinsiyete, ailenin aylık gelir düzeyine, eğitim düzeylerine, ailede bireylerinden ölen veya yaralanan olup olmamasına, Suriye'den ayrılma nedenlerine göre istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tartışma: Bu çalışmada Suriyeli sığınmacılarda orta veya şiddetli düzeyde depresif belirtiler ve depresyon olasılığı %88.5 olarak bulunmuştur. Bu oran toplumda bildirilen orandan çok yüksektir.

Sığınmacı olmanın çocuklar ve ergenler için çok önemli travmatik bir yaşantı olduğu bildirilmiştir. Örneklemimiz daha çok ergenlerden oluştuğu için oran çok yüksek çıkmış olabilir. Sığınmacılar durumlarını olduğundan daha kötü de göstermiş olabilirler.

Sosyodemografik özelliklerden hiçbirinde gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaması sığınmacıların yaşadıkları travmatik olayların ve halen yaşamakta oldukları sorunların diğer tüm etkenlerin önüne geçmesiyle ilgili olabilir.

Araştırmaya salt yasal yollarla gelen Suriyelilerin alınması, örneklem daha çok ergenlerden oluşması, klinik görüşme yapılmaması, ne kadar süredir Türkiye'de olduklarının kayıpların ve yaralanmaların zamanının sorulmaması, araştırmanın sınırlılıklarındandır.

Anahtar kelimeler: Anahtar sözcükler: Sığınmacı, depresyon, Beck Depresyon Ölçeği

Tablo 1. Örneklemin bazı sosyodemografik özellikleri

<i>Özellikler</i>		<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Yaş ortalaması (yıl)		17.46	
Cinsiyet	Kadın	26	50.0
	Erkek	26	50.0
Ailenin aylık geliri	<249 US\$	8	15.4
	250-499 US\$	15	28.8
	> 1000 US\$ ve üstü	8	15.4
Eğitim durumu	Okuryazar değil	8	15.4
	Okuryazar	2	3.8
	İlköğretim	20	38.5
	Lise	22	42.3
Ailede ölen	Var	30	57.7
	Yok	22	42.3
Ailede yaralanan	Var	30	57.7
	Yok	22	42.3
Suriye'den ayrılma nedeni	Güvenlik	39	75.0
	Siyasi	5	9.6
	Sağlık	4	7.7
	Diğer	4	7.7

Tablo 2. Örneklemin Beck Depresyon Ölçeği toplam puanına göre dağılımı

<i>Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı</i>	<i>Puan aralığı</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Depresif belirti yok	(0-9 puan)	1	1.9
Hafif düzeyde depresif belirtiler	(10-16 puan)	5	9.6
Orta düzeyde depresif belirtiler	(17-29 puan)	17	32.7
Şiddetli düzeyde depresif belirtiler	(30-63 puan)	29	55.8
Toplam		52	100.0

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA PALİPERİDON PALMITAT TEDAVİSİNİN ETKİLİLİK VE GÜVENİLİLİĞİ: ÇOK MERKEZLİ RETROSPEKTİF ÇALIŞMA

Halise Devrimci Özgüven¹, Murad Atmaca², Zeynep Baran³, Cengiz Cengisiz⁴, Cem Çınar⁵, Atila Erol⁶, Yasin Genç⁷, Hasan Karadağ⁸, Kamuran Karakülah⁹, Umut Karasu¹⁰, Mehmet Cemal Kaya¹¹, Emre Kızıl¹², Halil Özcan¹³, Ahmet Tiryaki¹⁴, Alp Üçok¹⁵, Cenk Varlık¹⁶, Sıla Menekşe Yazar³, Mesut Yıldız¹⁷

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

²Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Elazığ

³Bakırköy Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul

⁴Kozan Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Adana

⁵Manisa Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hastanesi, Manisa

⁶Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Dahili Tıp Bilimleri Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya

⁷Yedikule Surp Pırgiç Ermeni Hastanesi, İstanbul

⁸Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

⁹Tokat Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hastanesi, Tokat

¹⁰Balıkesir Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Balıkesir

¹¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyarbakır

¹²Boylam Psikiyatri Hastanesi, Ankara

¹³Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Erzurum

¹⁴Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon

¹⁵İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

¹⁶Bakırköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, İstanbul

¹⁷Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Bu çalışmada şizofreni hastalarında paliperidon palmitat (PP) tedavisinin etkililik ve güvenliliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışma ülkenin farklı bölgelerinde bulunan 19 merkezde yürütüldü. Çalışma merkezleri belirlenirken şizofreni hastalarını değerlendirmede kullanılan ölçeklerden en az birinin ilgili merkezde kullanılıyor olması şartı arandı. Şizofreni tanısı almış 18-65 yaş hastaların kayıtları retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya dahil edilen hastalarda ilk psikotik atağın ilk PP enjeksiyonundan ≥ 1 yıl önce gerçekleşmiş olması, PP tedavisine başlamadan önceki ve sonraki 12 aylık dönemlere ait kayıtların bulunması şartı arandı. Psikotik özellikli şizoeftif bozukluğu veya duyu durum bozukluğu olan, önemli bir komorbiditesi olan (kardiyovasküler hastalık, kanser, epilepsi gibi), PP tedavisi süresince deneysel bir ilaç veya tıbbi cihaz kullanan, klinik açıdan önemli anomalisi olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların sosyo-demografik özellikleri, tıbbi bilgileri, ölçek skorları ve advers olaylar kaydedildi.

Toplam 201 hasta (%68,7'si erkek, yaş $39,7 \pm 10,1$ yıl) analize dahil edildi. Hastaların PP tedavisi öncesi ve PP tedavisi sırasındaki hastaneye yatış sayıları ve ölçek skorları Tablo 1'de gösterilmiştir. PP tedavisi öncesi ve PP tedavisi sırasında görülen advers olaylar Tablo 2'de özetlenmiştir. PP tedavisi

öncesi ve PP tedavisi sırasında hastaneye yatış ve relaps nedeni ile hastaneye başvuru oranlarındaki değişim Figür 1'de gösterilmiştir.

PP tedavisi şizofreni hastalarında hastalık şiddetini azaltıcı etki göstermekte, klinik belirtileri düzeltmekte, sosyal performansı ve işlevselliği artırmaktadır. PP tedavisi öncesine göre, PP kullanılan dönemde hastaların hastaneye yatışlarının yanı sıra relaps nedeni ile hastaneye başvuru oranlarında anlamlı azalma olmaktadır. Hastalar tarafından ilaç iyi tolere edilmekte ve advers olaylar daha az görülmektedir. Sonuç olarak şizofreni hastalarında PP, etkili ve güvenli bir ilaçtır.

Anahtar kelimeler: Şizofreni, paliperidon palmitat, etkililik, güvenilirlik

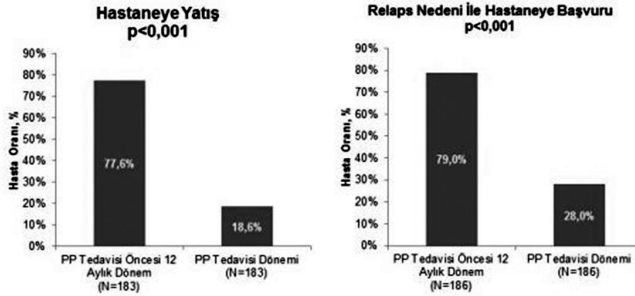
Tablo 1. Şizofreni hastalarında PP tedavisi öncesi ve PP tedavisi dönemindeki hastaneye yatış sayılan ve ölçek skorları

	PP Tedavisi Öncesi		PP Tedavisi Dönemi		p
	N	Ort.±SD	N	Ort.±SD	
Hastaneye Yatış Sayısı	194	2,4±2,83	186	0,25±0,6	<0,001 ¹
Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği	105	94,03±30,62	143	61,21±24,46	<0,001 ²
Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti	103	6,99±3,29	141	4,76±2,46	<0,001 ³
Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği	70	58,41±20,7	66	33,38±21,39	<0,001 ⁴
Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği	31	40,06±16,08	52	62,67±18,73	<0,001 ⁵
İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi	81	43,42±13,99	118	60,5±14,22	<0,001 ⁶

¹ Paired N=183; ² Paired N=103; ³ Paired N=18; ⁴ Paired N=32; ⁵ Paired N=30; ⁶ Paired N=77

Tablo 2. Şizofreni hastalarında PP tedavisi öncesi ve PP tedavisi dönemindeki advers olaylar

	PP Tedavisi Öncesi		PP Tedavisi Dönemi	
	N	n (%)	N	n (%)
Advers Olay Görülmesi	180	28 (15,6)	189	23 (12,2)
Advers Olaylar				
Kilo alımı		13 (7,2)		5 (2,6)
Prolaktin yüksekliği		-		3 (1,6)
Prolaktin artışı		-		2 (1,1)
Metabolik sendrom		2 (1,1)		-
Negatif belirtiler		3 (1,7)		1 (0,5)
Enjeksiyon yerinde ağrı		-		1 (0,5)
Hiperlipidemi		1 (0,6)		-
Ekstrapiramidal sistem		9 (4,5)		6 (3,2)
Sedasyon		5 (2,8)		1 (0,5)
Psikotik alevlenme		1 (0,6)		-
Diğer		3 (1,7)		1 (0,5)

**Figür 1.** PP tedavisi öncesi ve PP tedavisi sırasında hastaneye yatış ve relaps nedeni ile hastaneye başvuru oranlarındaki değişim

YENİ BİR TANI: YAVAŞ BİLİŞSEL TEMPONUN PÜR DİKKAT EKSİKLİĞİ İLE BENZERLİKLERİ VE FARKLILIKLARI

Gül Ünsel Bolat¹, Eyüp Sabri Ercan¹, Hilmi Bolat², Serkan Süren³, Ali Bacanlı⁴, Utku Yazıcı⁵, Luis Augusto Rohde⁶

¹Ege Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilimdalı

²Ege Üniversitesi Tıbbi Genetik Anabilimdalı

³Medicalpark Hastanesi Samsun

⁴Başkent Üniversitesi, Zübeyde Hanım Hastanesi

⁵Fırat Üniversitesi, Elazığ

⁶Hospital De Clinicas, porto Alegre

Giriş: SCT (Sluggish Cognitive Tempo-Yavaş Bilişsel Tempo); hayale dalıp gitme, uyanık kalmada zorlanma, enerjide düşüklük, kendi dünyasında yaşama, şaşkın görünümde olma gibi klinik belirtiler gösteren bir bilişsel uyarılma ve uyanıklık bozukluğudur (1). İlk başlarda SCT, DEHB-Dikkat Eksikliği Baskın Tipi (DEHB-DE) bir alt sınıflaması olarak düşünülmüş olsa da, son yıllarda yapılan araştırmalar SCT'nin DEHB ile birlikte görülebileceği fakat tamamen ayrı bir bozukluk olduğunu göstermektedir (2,3).

Son yıllarda SCT ile ilgili yapılan çalışmalarda bir artış bulunmakla birlikte bu çalışmaların hiçbiri SCT olgularını pür dikkat eksikliği olgularıyla kıyaslamamaktadır. Pür dikkatsizlik olgularını belirleyebilmek için 2010 yılında DSM-5 i oluşturan American Psychiatric Association grubu DEHB-Restriktif tipi (DEHB-RT) önerdi. DEHB-RT, iki veya daha az hiperaktivite semptomuyla karakterize DEHB alt tipi olarak tanımlanmıştır. Bu zamana kadar yazında DEHB-RT ile SCT olgularının herhangi bir açıdan benzerliklerini veya farklılıklarını karşılaştıran bir çalışma bulunmamaktadır.

Yöntem: Örneklemimiz Ege Üniversitesi DEHB polikliniğine başvuran olgulardan ve sağlıklı kontrollerden oluşmaktadır. DEHB olguları için çalışmaya alınma kriterleri şöyledi: 1) 8-15 yaş aralığı; 2) IQ skoru 80 üstü olması; 3) ailesiyle yaşıyor ve okula devam ediyor olması; 4) Herhangi tıbbi bir hastalığının olmaması ve düzenli ilaç kullanmaması; 5) Daha önce hiç stimulan ilaç kullanmaması; 6) Son 6 ay içerisinde herhangi bir psikotrop ilaç kullanmamış olması; 7) Herhangi bir psikiyatrik komorbiditesinin bulunmaması (Karşı olma karşı gelme bozukluğu hariç-KOKGB)

Aileler, 4-18 yaş çocuk ve gençler için davranış değerlendirme ölçeği ve Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV' e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeğini tamamladılar. Olgular ve aileleri bir çocuk psikiyatristi tarafından K-SADS ile yarı-yapılandırılmış bir görüşme yapılarak değerlendirilmeye alınmıştır. Bu aşamada 53 olgu çalışmayı tamamlamamıştır. Bir sonraki basamakta olguların hepsine nöropsikolojik test bataryası uygulanmıştır.

Sonuçlar: Çalışmamızda 30 SCT ve 32 DEHB-RT olgu ile 89 sağlıklı kontrol olgusu karşılaştırılmıştır. SCT olguları spesifik olarak toplam bellek ve bütüncül dikkat için sağlıklı kontrollere göre düşük sonuçlar çıkarırken DEHB-RT spesifik olarak daha uzun reaksiyon süresi ile ilişkili saptanmıştır (Tablo1)

Hem SCT hem de DEHB-RT olguları psikomotor hız ve nörokognitif indeks açısından sağlıklı kontrollere düşük performans gösterdi. Bu iki alt tip açısından SCT olgularını DEHB-RT

olguları ile kıyasladığımızda; DEHB-RT daha yavaş psikomotor hız ve total performansı gösteren nörokognitif indekste daha kötü performans ile ilişkili olduğu saptandı ($p<0.001$) (Tablo 1).

Sonuç olarak, çalışmamızın sonuçları ki DEHB-RT ve SCT farklı nöropsikolojik altyapılardan kaynaklı birbirinden farklı bozukluklar olduğunu göstermektedir.

Kaynaklar

- 1) Becker S. (2013). Sluggish Cognitive Tempo in Abnormal Child Psychology: An Historical Overview and Introduction to the Special Section. J Abnorm Child Psychol (2014) 42:1.
- 2) Marshall S.A., Evans S.W., Eiraldi R. B., Becker S., Power T.J.(2013): Social and academic impairment in youth with ADHD, predominantly inattentive type and Sluggish Cognitive Tempo.
- 3) Willcutt. (2014). Evaluating the Construct Validity of Adult ADHD and SCT Among College Students: A Multitrait-Multimethod Analysis of Convergent and Discriminant Validity. J Atten Disord. 2014 Oct 10.

Anahtar kelimeler: Yavaş Bilişsel Tempo, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Nöropsikolojik Test Bataryası

Tablo 1. Nöropsikolojik Bulgular (CNS-VS , Ortalama $\pm$ Standart Sapma)

	<i>DEHB-RT</i>	<i>SCT</i>	<i>Sağlıklı Kontrol</i>	<i>p değeri</i>	<i>Karşılaştırma</i>
	<i>n=32</i>	<i>n=30</i>	<i>n=89</i>		
Nörokognitif indeks	74.1 $\pm$ 10,6	82.7 $\pm$ 13,5	99.1 $\pm$ 12,6	<0.001	RT<sct<k<td=""></sct<k<>
Toplam Bellek	92 $\pm$ 17,4	82.9 $\pm$ 24,5	97.2 $\pm$ 17,8	0.002	SCT<k<td=""></k<>
Psikomotor Hız	66.8 $\pm$ 16,7	87.8 $\pm$ 16,9	103.7 $\pm$ 18,1	<0.001	RT<sct<k<td=""></sct<k<>
Reaksiyon Süresi	49.8 $\pm$ 28,3	82.3 $\pm$ 19,8	83.7 $\pm$ 34,2	<0.001	RT< SCT&K
Bütüncül Dikkat	78.7 $\pm$ 11,6	76 $\pm$ 21,9	104.8 $\pm$ 13,1	<0.001	RT&SCT<k<td=""></k<>
Bilişsel Esneklik	83.7 $\pm$ 11,6	84.4 $\pm$ 15,9	106.2 $\pm$ 16,9	<0.001	RT&SCT<k<td=""></k<>

SELF MUTİLASYONLA GİDEN RUHSAL VE FİZİKSEL BELİRTİLERİN BİR ARADA OLDUĞU BİR YAPAY BOZUKLUK OLGU SUNUMU

Nermin Gündüz¹, Hatice Turan², Zeynep Yıldız Akbey³, Ahmet Tamer Aker⁴, Ömer Turan⁵

¹Erzurum Bölge Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

²Özel Moodist Psikiyatri Ve Nöroloji Hastanesi İstanbul, Psikiyatri Kliniği

³Hendek Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği

⁴İstanbul Bilgi Üniversitesi

⁵Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Adli Tıp Kliniği

Giriş: Munchausen Sendromu; hastanın yapay bir hastalık nedeniyle tekrarlayan şekilde tedavi arayışında bulunduğu nadir bir bozukluktur. Yapay bozukluk tanımlı hastalar birçok kez sıklıkla dikkat çekici, alışılmadık, akut uydurma hastalık tabloları ile tıbbi başvurularda bulunurlar (1). Bu hastalar aynı zamanda birçok kez tanısız ve terapötik nedenlerle tehlikeli operasyonlar geçirirler (2). Biz burada bedensel ve psikiyatrik hastalık tabloları olan karma bir yapay bozukluk olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: 42 yaşında kadın hasta mutsuzluk, kötü bir haber alacağım hissi, kaybolup nasıl oraya geldiğini anlamama şikayetleriyle başvurdu. Duloksetin 60 mg; Diazepam 5 mg; Lamotrigine 100 mg; Ketiapin 25 mg kullanmakta olduğunu, tedaviden fayda görmediğini ifade ediyordu. Hastanın 2000'de suikid girişimiyle psikiyatrik başvurusu olmuş, MDB tanısıyla fluoksetin başlanmış. 2001'de bayılmaları olduğu, Konversiyon Bozukluğu tanısı aldığı öğrenildi. 2001-2011 yılları arasında psikiyatrik başvuruları olduğu, Sertralin, Essitalopram, Venlafaksin, Trazadon, Ketiapin, Diazepam, Lamotrigine, Buspiron, Duloksetin, Fluoksetin kullanımları olduğu, fayda görmediği öğrenildi. Hastanın medikal tedaviye dirençli depresif yakınmaları nedeniyle EKT planlandı. EKT sonrası Fluoksetin 40 mg/gün; Ketiapin 50 mg/gün tedavisi verildi. Hastanın şikayetleri 2 ay sonra tekrarladı. Mutsuzluk, gelecekle ilgili kaygılı düşünceler, sıkıntı hissi, yerinde duramama, sinirliliği mevcuttu. Dissosiyatif amnezileri ve self mutilasyonu mevcuttu. Satırta koluna vurup kolunu çıkarma, elini kaynar suyla yakma, ekmek tahtası ile eline vurma, alerjik angioödem olmasına rağmen balkona bal koyarak topladığı arıların kendisini sokmasını sağlama fakat bu esnada yanına adrenalini hazırladığı öğrenildi. Hastanın tedavisi destekleyici psikoterapi ve Fluoksetin 40 mg/gün ile devam etmekte.

Tartışma: Yapay psikiyatrik bozukluklarda klinisyene yol gösterici ipuçları hasta tarafından bildirilen semptomların tuhafluğu, tedaviye yantısızlığı, hastalığın beklenmeyen ve şaşırtıcı seyri, hastalık öyküsünün çeşitliliği ve geçmişte çok sayıda kesin olmayan tanı almış olmasıdır (3). Sunduğumuz vakada hastanın suikid girişimi, depresif yakınmalar, konversif bayılmalar, dissosiyatif amnezi, ve füğ şeklinde psikiyatrik tanımlarla başvuruları ve farklı antidepresan, antipsikotik, anksiyolitik, duyugudurum düzenleyicileri tedavileri ve EKT tedavisi uygulandığı öğrenildi. Ayrıca satırta koluna vurarak kendi kolunu çıkarma, elini kaynar suyla yakma, tahta ile eline vurma, alerjik anjioödem olduğunu bildiği halde bal koyarak topladığı arılara kendisini sokturma sonucu hastane başvuruları mevcuttu. Hastamızın çeşitli psikiyatrik belirtilerle yıllardır farklı psikiyatrik merkezlere başvurmuş; çeşitli tanımlarla başlanan tedavilerden fayda görmediğini ifade etmesi; son olarak kolunu kesmeye çalışması hastada yapay bozukluk tanısının düşünülmesine neden oldu.

Kaynaklar

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000:513–7.
2. Lad SP, Jobe KW, Polley J, Beyrne RW. Munchausen's syndrome in neurosurgery: report of two cases and review of the literature. *Neurosurgery* 2004;55:1436.
3. Feldman MD, Ford CV. Factitious disorders. BJ Sadock, VA Sadock (eds): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*'de, yedinci baskı, cilt 1, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2000, s.1533-1543.

Anahtar kelimeler: self mutilasyon, yapay bozukluk, Munchausen Sendromu

ŞÜPHELİ CİNSEL İLİŞKİ SONRASI BAŞLAYAN BİR HASTALIK KAYGISI BOZUKLUĞU

Pınar Kızılay Çankaya¹, İlkey Keleş Altun²

¹Fatih Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Trabzon, Türkiye

²Kanuni Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Trabzon, Türkiye

Amaç: DSM-5'te hastalık kaygısı bozukluğu, ağır bir hastalığı olduğuna dair aşırı zihinsel uğraşyla karakterizedir ve DSM-IV'te yer alan hipokondriazisin yeniden kavramsallaştırılmış halidir. Bu olgu sunumunda şüpheli cinsel ilişki sonrası başlayan bir hastalık kaygısı bozukluğu olgusundan bahsedilecektir.

Olgu: 31 yaşında erkek hasta, bekar, üniversite mezunu, çalışıyor. Hasta polikliniğe en son muayene olduğu gastroenteroloji hekiminin önerisiyle geldiğini belirtti. Alınan anamneze göre 2 yıl önce yaşadığı şüpheli cinsel ilişki sonrası vücudunda garip şeyler olmaya başlamış. Uykusuzluk, çarpıntı, sinirlilik, endişe hali, kapalı alanlarda boğulma ve daralma hissi, devamlı üşüme, sindirim zorluğu, dilinde pas tadı, ağzında kuruluk, cinsel isteksizlik, idrara çıkmakta zorlanma şeklinde yakınmaları başlamış ve giderek şiddetlenmiş. Eskiden beri uykusuzluk yaşamış ama son 2 yıldır eskiden onu uyutan benzodiazepin türevi ilaçlar bile uyutmuyormuş. Bu yakınmalarla birçok doktora başvurmuş, hepatit ve HIV açısından yapılan tetkikleri negatif çıkmasına rağmen birkaç farklı merkezde testleri tekrar yaptırmış. Elinde bu 2 yıl içinde yaptırdığı tetkikleri içeren kalın bir dosyayla gelen hasta, birçok farklı merkezde bu şikayetlerini açıklayacak organik bir neden bulunamadığı gerekçesiyle psikiyatriye yönlendirilmiş. Ancak hasta kendisinde doktorların muayene ve laboratuvar testleriyle tespit edemediği ağır bir hastalığın olduğunu düşünüyordu. Kendisiyle aynı durumdaki kişilerle internet aracılığıyla tanışmış ve onlarla yaptığı konuşmalar ve araştırmaları sonucunda kendisinde candida barsak mantarı olduğu kanaatine varmış. Bu tanıyı doğrulayabilmek için özel sağlık merkezlerinde hekimler tarafından önerilmeyen pahalı birçok test yaptırmış Kendisine koyduğu bu tanı hekimler tarafından doğrulanmamasına ve tedavi önerilmemesine rağmen hasta kendisi eczaneden antifungal ilaçlar alıp kullanmaya başlamış. Muayeneye geldiğinde tarafımızca bakılan laboratuvar tetkiklerinde karaciğer enzimlerindeki belirgin yükseklik nedeniyle dahiliye ile konsülte edildi. Hastaya dahiliye tarafından ilaca bağlı toksik hepatit tanısıyla önerilerde bulunuldu. Muayene sırasında hastanın duygulanımı anksiyöz duygudurumu bunalılıydı. Düşünce içeriğinde sağlığıyla ilgili aşırı zihinsel uğraşları mevcuttu. HIV pozitif olduğu söylense rahat edeceğini, en azından onun tedavisinin belli olduğunu, bu şekilde bilinmeyen ve tanı konulamayan bir hastalıkla uğraşmanın çok zor olduğunu, doktor doktor dolaştığını ifade ediyordu. Alınan anamnez ve klinik muayene sonucunda hastalık kaygısı bozukluğu, bakım arayan tür tanısı konulan hastaya psikoegitim verildi, dahiliye önerisiyle ilaç tedavisi ertelendi ve hasta BDT için yönlendirildi.

Tartışma: Hastalık kaygısı bozukluğunda, bizim hastamızda da görüldüğü gibi hastaların sağlık sistemi ve sağlık çalışanlarıyla çekimsel bir ilişkisi vardır. Hastalıklarının hekimler tarafından yeterince ciddiye alınmadığını ve yeterli bir sağlık hizmeti almadıklarını düşünürler. Bu nedenle gereksiz birçok sağlık harcaması yapabilirler. Genelde belirtilerinin psikiyatrik bir hastalık olduğunu kabullenmeye direnç gösterirler. Bu nedenle hastayla iyi bir iletişim tedavisi açısından çok önemlidir.

Anahtar kelimeler: hastalık kaygısı bozukluğu, hipokondriyazis

DUYGUSAL ZEKÂ DÜZEYLERİNİN MESLEKİ ÖZ YETERLİK VE PROBLEM ÇÖZME BECERİLERİNİ BELİRLEMEDEKİ ROLÜNÜN İNCELENMESİ

Volkan Demir², Müge Karamehmetoğlu¹

¹Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü

²Klinik Ve Adli Psikoloji Derneği

Amaç: Bu araştırmanın amacı; beden eğitimi öğretmenlerinin duygusal zekâ düzeylerinin, mesleki öz yeterliliklerini ve kişilerarası problem çözme becerilerini yordayıp yordadığını incelemektir.

Yöntem: Çalışmanın evrenini Milli Eğitim Bakanlığı'nda görev yapan beden eğitimi öğretmenleri oluştururken, çalışmanın örneklemini İstanbul ilinden olasılıksız örnekleme yöntemlerinden uygun örnekleme yöntemi ile seçilmiş 114 kadın, 116 erkek toplam 230 beden eğitimi öğretmeni oluşturmuştur. Katılımcıların, kişisel özelliklerinin belirlenmesinde Kişisel Bilgi Formu, duygusal zekâ düzeylerinin belirlenmesinde Schutte Duygusal Zeka Ölçeği, mesleki öz yeterliliklerinin belirlenmesinde Öğretmen Öz Yeterlilik Ölçeği ve problem çözme becerilerinin belirlenmesinde ise Kişiler Arası Problem Çözme Envanteri kullanılmıştır. Ölçekler, beden eğitimi öğretmenlerine Milli Eğitim Bakanlığı'ndan izin alınarak, görevli oldukları okullarda birebir uygulanmıştır. Katılımcıların cinsiyet ve mesleki kıdemlerine göre duygusal zeka, mesleki öz yeterlilik ve problem çözme becerilerinde fark olup olmadığını belirlemek amacıyla bağımsız gruplarda t testi uygulanmıştır. Duygusal zekânın mesleki yeterlik ve problem çözme becerisini belirlemedeki rolünü test etmek amacıyla ise Hiyerarşik Regresyon Analizi uygulanmıştır.

Sonuç: Yapılan analizler sonucunda demografik değişkenlerden cinsiyet ve mesleki kıdem duygusal zekâ düzeyi üzerinde etkili olmadığı, cinsiyetin mesleki öz yeterlilik ve kişilerarası problem çözme becerisinde bazı alt boyutlarda farka neden olduğu, mesleki kıdem ise mesleki öz yeterlilik ve kişilerarası problem çözme becerisi üzerinde fark yaratmadığı gözlemlenmiştir. Duygusal zekâ düzeyinin ise mesleki öz yeterlilik algısı ve kişilerarası problem çözme becerisini anlamlı şekilde yordadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar kelimeler: Duygusal zeka, Mesleki öz yeterlilik, Problem çözme becerileri, Beden eğitimi öğretmenleri

KANSER HASTALARINDA PSİKİYATRİK HASTALIK DEĞERLENDİRMESİ

Selin Deniz, Murat Çağatay Deniz

İstanbul Kemerburgaz Üniversitesi, İlk ve Acil Yardım Bölümü

Bütün yaşlardaki ölümler birlikte değerlendirildiğinde, on ölümden birinin kanser nedeniyle olduğu görülmektedir. Kanser hastaları arasında psikiyatrik morbiditede artış olduğu ve psikiyatrik hastalıkların yaygınlığının %9-60 gibi oldukça geniş bir aralıkta değişen oranlarda saptandığı bildirilmiştir. Hastaların %90'ında psikiyatrik bozukluk hastalığı ya da tedaviye tepki olarak ortaya çıkmış iken, yalnızca %10'unda kişilik ya da anksiyete bozuklukları gibi kanser öncesinde de bozukluklar vardır. Kanser hastalarında psikiyatrik bozuklukların çoğu tedavi edilebilir nitelikte olsa da sağlık çalışanlarının bu popülasyonda psikiyatrik bozukluklara yeterince özen göstermedikleri, dolayısı ile bu bozuklukların yeterince tanı ve tedavi almadıkları ileri sürülmektedir. Bunun bir nedeni kanser hastalarının daha kötü hissetmeleri gerektiğine dair mitlerdir ki, bu mitler doktorların tedavi gerektirdiğini düşündükleri psikolojik zorlanmanın eşik değerini yükseltmekte ve hastalar için psikiyatrik yardım arayışını geciktirmektedir. Çalışmamız, 15 Mart 2011 ile 30 Nisan 2011 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesine başvuran 1413 kanser hastasının içinden kabul edilme kriterlerine uyan 810 hasta üzerinde yürütüldü. Çalışmada, hasta ile bire bir görüşülerek araştırmacı tarafından doldurulan 176 maddelik anketimiz hastalar için ayrı ayrı sosyodemografik formlar ile başlamakta, ardından her iki popülasyon için de ortak olarak doldurulacak olan psikiyatrik komorbidite tarama ve tanı sorularının değerlendirilmesi için PRIME-MD klinik görüşme modülü kullanıldı. Çalışmamıza katılan kişilerin cinsiyet dağılımları %52,5 kadın, %47,5 erkekti. Hastaların medeni durumları %70,7 evli, %20,1 dul ve %9,2 bekâr şeklindeydi. Çalışmamızda hastaların %91,3'ü çocuk sahibiydi. Çalışmamızda erkeklerin en sık uğraştığı iş çiftçilikken, kadınların önemli bir kısmı ev hanımı olduğunu belirtti. Hastaların 94'ü (%11,6) yalnız yaşadığını belirtirken; 575'i (%70,9) ailesiyle, 115'i (%14,1) çocuklarının yanında, 2'si bakımevinde (%0,2), 24'ü (%2,9) bakıcıyla beraber yaşadığını söylemiştir. Hastalar malignite türlerine göre dağıtıldığında; 190'ı (%23,4) akciğer kanseri, 43'ü (%5,3) baş-boyun kanseri, 189'u (%23,3) gastrointestinal kanser, 131'i (%16,1) meme kanseri, 139'u (%17,1) ürogenital kanser, 43'ü (%5,3) yumuşak doku-deri kanseri, 73'ü (%9) hematolojik kanser tanısı almıştır. Yaygın anksiyete bozukluğu hariç diğer tanıların kadınlarda görülme sıklığı daha fazlaydı. BTA anksiyete bozukluğu, minör depresif bozukluk, panik bozukluk ile hastaların malignite türleri arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Baş boyun kanseri ve 'diğer' kategorisindeki hastalarda BTA anksiyete bozukluğu en sıkken, akciğer kanserli hastalarda en azdı. Meme kanseri ve 'diğer' kategorisindeki hastalarda minör depresif bozukluk en sıkken, yumuşak doku-cilt kanserlerinde minör depresif bozukluk tanısı alan hasta olmadı. Meme kanserli hastalarda panik bozukluk en sıkken, diğer malignite türlerinde panik bozukluk tanısı alan hasta olmadı.

Anahtar kelimeler: psikiyatrik komorbidite, kanser, prime MD, ek hastalık

Tablo 1. Psikiyatrik tanılar ile hastaların çalışma durumlarının karşılaştırılması

Psikiyatrik Tanılar	Çalışıyor (n=713)	Çalışmıyor (n=97)	Toplam (n=810)	p
Majör Depresif Bozukluk	178	25	203	0,863
BTA Anksiyete Bozukluğu	167	23	190	0,95
Minör Depresif Bozukluk	67	6	73	0,3
BTA Somatoform Bozukluğu	6	0	6	0,464
Olası Alkol Kötüye Kullanım	0	3	3	0,002*
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	5	3	8	0,6
Panik bozukluk	6	0	6	0,464

BANYO TUZU KULLANIMI İLE GELİŞEN PSİKOTİK BOZUKLUK

Büşra Gürel, Tonguç Demir Berkol, Güliz Özgen

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Departmanı

Giriş: Sentetik uyuşturucu kullanımı tüm dünyada giderek yaygınlaşmaktadır. Sentetik uyuşturucular içinde yer alan sentetik katninonlar banyo tuzu ismiyle pazarlanmakta ve mephedrone (4-methylmethcathinone), methylone ve 3,4-methylenedioxyprovalerone (MDPV) içermektedir. Diğer sentetik maddeler gibi sık kimyasal değişikliğe uğraması ve idrarda ya da kanda tespitinin mümkün olmaması, internet üzerinden satış imkanının olması kontrol ve takibini zorlaştırmakta ve kullanım sıklığını artırmaktadır. Ülkemizde banyo tuzunun kullanımı ile ilişkili vaka henüz yoktur. Sunacağımız olguda Rusya'da yaşayan ve banyo tuzu ile birlikte esrar ve extazy gibi karışık psikoaktif madde kullanımı olan hastada gelişen psikotik atak anlatılacaktır.

Olgu: 27 yaşında erkek hasta, evli ve 1 çocuk babası. Rusya'da yaşayan hasta 1 hafta önce Türkiye'ye gelmiş. 10 yıldır olan karışık psiko aktif madde kullanımı var. Son 1 yıldır başlayan psikiyatrik yakınmalar tarifleniyor. Hasta madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk ön tanısı ile servise yatırıldı. Hastanın kendisinden ve yakınlarından alınan bilgiye göre Rusya'dayken banyo tuzu isimli madde kullanımının da olduğu haftada bir iki kere solunum yoluyla kullandığı öğrenildi. Ayrıca idrarda bakılan madde metabolit testlerinde kanabinoid ve extazi pozitifliği saptandı. Hastanın psikiyatrik muayenesinde psikomotor aktivitesi, konuşma hız ve miktarı artmıştı. Eksite olmaya meyilli idi. Kendisinin iddia siteleri üzerinden sürekli izlenilip yayımlandığını, bunu radyo ve gazetelerdeki şifreli konuşmalardan anladığını, kendisinin hayatının üzerinden iddia oynandığını, abisi ve arkadaşının bunları planladığını, kendisinin sesini taklit ederek hesaplarına girdiklerini ve hesabından para çaldıkları şeklinde hezeyanlar tarifliyordu. İzlendiği iddia sitesinden gelen sesler şeklinde işitsel varsanı tarifliyordu. Servis içi tedavisine haloperidol 10 mg/gün ampul, biperiden 5 mg/gün ampul, ketiapin tb 400 mg/gün olarak başlandı. Hastada 2 hafta kadar sonra klinik belirtilerinde yatışma olması üzerine oral tedaviye risperdal tb 6 mg/gün olarak geçildi. Yatışından 3 hafta sonra psikotik bulgularla ciddi gerilemesi oldu ve taburculuğu yapıldı.

Tartışma: Ülkemizde madde kullanımı sıklığı yeni maddelerin kullanıma girmesi ve maddeye ulaşım olanaklarının kolaylaşmasıyla birlikte ciddi artış göstermektedir. Mdpv kat bitkisinde (Catha edulis) bulunan katninonun sentetik analogudur. İntoksikasyonunda kokain ve metamfetamin benzeri etkiler (öfori, enerji artışı, konuşmada artış, taşikardi, hipertansiyon, halüsinasyon ve hezeyanlar, saldırgan davranışlar, deliryum, konvülsiyon) bildirilmiştir ancak kokainden ve metamfetaminden daha uzun etkili olduğu düşünülmektedir.

Sonuç: Sentetik uyuşturucular dünyada son yıllarda hızla artmaktadır. Amerikada 2010 yılının sonlarından beri banyo tuzlarının kullanımı olduğu bilinmektedir. Ülkemizde sentetik kanabinoid kullanımı çok yaygın olarak görülmektedir ancak sentetik katninon kullanımı ile ilgili vaka henüz bildirilmemiştir. Ancak Türkiye'de özellikle genç popülasyonda kontrolsüzce artan uyuşturucu kullanımı ülkemizi açık pazar haline getirmektedir. Bu sebeple dünyada sık olan sentetik katninon kullanımının akılda tutulması faydalı olacaktır. Klinisyenler için özellikle gençlerde ani başlayan nöropsikiyatrik belirtiler sapadıklarında sentetik uyuşturucuları akıllarına getirmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: banyo tuzu, sentetik kanabinoidler, sentetik katninonlar

MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU İLE COMT, CNR2, IL-17 VE UCP2 GEN VARYANTLARI ARASINDAKİ İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Selin Kurnaz, Ahmet Bülent Yazıcı², Pınar Aydın Çetinay³, Ayça Öngel Atar³, Nazan Aydın³ Zeliha Kınırcı³, Sacide Pehlivan¹

¹*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Bölümü, İstanbul*

²*Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, Sakarya*

³*Bakırköy Prof Dr. Mazhar Osman Ruh sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, İstanbul*

Giriş ve Amaç: Madde kullanım bozukluğu (MKB) tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de en önemli halk sağlığı sorunlarından birisidir. Çevre faktörlerinin yanında bireylere ait genetik faktörlerin de MKB gelişimi üzerinde etkili olabileceği gösterilmiştir. Bu çalışmada; katekol-O-metil transferaz (COMT- Val158-rs4680/108Met-rs6269), Kannabinoid reseptör tip 2 (CNR2-rs2501432 ve rs2229579), interlökin 17F (IL-17F-rs763780), mitokondrial unkouplin protein 2 (UCP2-rs659366) genlerine ait varyantların hem madde kullanım bozukluğu olmayanlarda (KG) hem de klinik parametrelerin MKB gelişimi üzerindeki etkilerinin araştırılması planlanmıştır.

Materyal ve Metod: 100 KG ve 136 MKB olmak üzere 236 birey çalışmaya dahil edildi. Altı varyant profilinin analizi PCR-RFLP metodu kullanılarak yapıldı.

Sonuçlar ve Tartışma: MKB grubunun yaş ortalaması 29,17±7,99 ve 31,01±10,77 KG'nun yaş ortalamasıdır. MKB grubu için maddeye başlama yaş ortalaması 16,95±6,7 olarak belirlenmiştir ve erken yaşta madde kullanımı psikoz ile ilişkili olarak belirlenmiştir (p:0.010). COMT, IL-17, UCP2 and CNR2 (rs2501432) varyantları gruplar arasında karşılaştırıldığında genotip ve allel frekansları bakımından anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Buna karşın CNR2 genin rs2229579 varyantının analizi sonucunda; TT genotipi ve T allel frekansının MKB grubunda KG'ye göre istatistiksel olarak daha yüksek saptanmıştır (p:0.000). COMT geninde çalışılan 2 bölgedeki hem Val/Val genotipinin hem de Val allel frekansının çoklu madde kullananlar ile tek bir madde kullananlar arasında istatistiksel olarak arttığı bulunmuştur (p:0.013, p:0.033). Val amino asidinin varlığı yüksek COMT enzim aktivitesi ile ilişkilidir ve çoklu madde kullanım bozukluğunda artmıştır. Sonuç olarak; CNR2 genine ait rs2229579 varyantı T alleli varlığı MKB yakınlıkla ilişki olarak gösterilirken COMT geninin her iki varyantında Val alelinin varlığı çoklu madde kullanımı ile ilişkili olabileceği bu çalışmada gösterilmiştir.

Bu çalışma İstanbul Üniversitesi BAP tez destekleme (No:TYL-2016-20431) birimi tarafından desteklenmektedir.

İNERLÖKİN 17F (HİS161ARG) FONKSİYONEL VARYANTININ NİKOTİN BAĞIMLILIĞI VE ŞİZOFRENİ PATOGENEZİNDE İLİŞKİSİ YOKTUR

Mehmet Atilla Uysal¹, Mustafa Pehlivan², Nazan Aydın³, Selin Kurnaz⁴, Pınar Aydın³, Ülgen Sever⁴, Sacide Pehlivan⁴

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

²Hematoloji Bölümü, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gaziantep

³Psikiyatri Bölümü, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

⁴Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul

Giriş ve Amaç: İnerlökün 17F (IL-17F) akciğerdeki bağımsıklığın ve iltihaplanmanın düzenlenmesinde önemli rolü olan bir sitokin olup nikotinin inhibisyonunda da görev aldığı bildirilmiştir. IL-17F genindeki 7488A/G varyantı (rs763780) genin kodladığı proteininin 161. Amino asidinde histidine/arginine süstitüsyonuna (missense variant) neden olarak doğal IL-17F'nin fonksiyonunu inhibe ettiği gösterilmiştir. Bu araştırmada, IL-17F fonksiyonel varyantının ile nikotin bağımlısı sağlıklı bireylerde (ND), ağır sigara içicisi şizofreni hastalarında (ASSch) ve sigara içmeyen sağlıklı bireyler (Sİ) arasında bir farklılık gösterip-göstermediğinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 154 ND birey (72K/82E), 77 ASSch hasta (33K/44E) ve 100 Sİ birey (52K/48E) çalışmaya dahil edildi. Periferik kan örneklerinden DNA izolasyonu gerçekleştirildikten sonra genotip varyantları PCR-RFLP yöntemi kullanılarak belirlendi. Sonuçlar, χ^2 testi kullanılarak odds oranlarını (OR) ve % 95 güven aralıklarını (CI) hesaplayarak istatistiksel olarak analiz edildi.

Bulgular ve Tartışma: ND gruptaki GG, GA ve AA genotiplerinin dağılımı 0 (%0), 1 (%10.4) ve 13 (%89.6); ASSch grupta 1 (%1.3), 5 (%6.5) ve 72 (%92.2) ve Sİ bireylerde 0 (%0), 13 (%13), ve 87 (%87) olarak saptandı. G ve A allellerinin dağılımları ise ND grupta 16 (%5.2) and 292 (%94.8); ASSch grupta 7 (%4.5), and 147 (%95.5) ve Sİ bireylerde 13 (%6.5) and 187 (%93.5) olarak gözlemlendi. Her üç grup birbirleriyle karşılaştırıldığında (ND/Sİ, ASSch/Sİ ve ND/ASSch) hem genotip hem de allel sıklığı açısından istatistiki olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Sonuç olarak, IL-17F genine ait bu fonksiyonel varyantın hem ND'liğinin hem de ASSch'nin etyopatogenezinde rolünün olmadığını bize göstermektedir.

Anahtar kelimeler: IL17F geni, nikotin bağımlılığı, Şizofreni, 7488 A / G varyantı, PCR-RFLP.

NİKOTİN BAĞIMLISI SAĞLIKLI BİREYLER İLE AĞIR SİGARA İÇİCİSİ ŞİZOFRENİ HASTALARI ARASINDA KATEKOL-O-METİL TRANSFERAZ, MİYELOPEROKSİDAZ VE KANNABİNOİD RESEPTÖR TİP 2 GENLERİNE AİT FONSİYONEL GEN VARYANTLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI

Sacide Pehlivan¹, Pınar Çetinaş Aydın², Mehmet Atilla Uysal³, Selin Kurnaz¹, Ülgen Sever¹, Aybike Aydın², Nazan Aydın², Mustafa Pehlivan⁴

¹*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye*

²*Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, İstanbul, Türkiye*

³*Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, İstanbul, Türkiye*

⁴*Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Hematoloji Bölümü, Gaziantep, Türkiye*

Amaç: Bu çalışmada katekol-O-metil transferaz (COMT), Miyeloperoksidaz (MPO) ve Kannabinoid reseptör tip 2 (CNR2) gen varyantlarının nikotin bağımlısı sağlıklı bireyler (NB) ve ağır sigara içicisi şizofreni hastaları (ANBSch) arasında farklılık yada benzer bir ilişkinin bulunup bulunmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Materyal and Metod: Çalışmaya 60 (45K/14E) ANBSch, 99 (45K/54E) NB ve 100 (61K/39E) sigara içmeyen kontrol grubu (KG) dahil edilmiştir. COMT (rs4680 ve rs6269), MPO (rs233327) ve CNR2 (rs2501432) genlerine ait genotiplendirme PCR-RFLP yöntemi kullanılarak yapılmıştır.

Sonuçlar ve Tartışma: Elde edilen genotipler ve allel frekansları gruplar arasında karşılaştırılmıştır. ANBSch grubunun NB ve KG'ye göre yüksek COMT (rs4680) Val/Val genotipine sahip olduğu belirlenmiştir (sırasıyla, p=0.001 ve 0.034). NB grubunda ANBSch ve KG'na göre yüksek Val/Met genotipi belirlenmiştir (sırasıyla, p=0.001, p=0.033). Val allel frekansı ANBSch grubunda KG'ye göre yüksek bulunurken, Met allelinin KG'de ANBSch grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (sırasıyla, p=0.047 and 0.001). COMT (rs6269) LH genotipi NB grupta ANBSch grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (p:0.047) (heterozigot dezavantajı). CNR2 genindeki TT genotipi ise NB grupta KG grubuna göre daha yüksektir (p:0.019). Bu sonuçlara göre COMT geni (rs4680) Val/Val genotipinin ANBSch grubu için risk faktörü olabileceği ve Val/Met genotipinin NB için risk faktörü olabileceği sonucuna varılmıştır (heterozigot dezavantajı). Türk popülasyonundaki NB grupta hem COMT (rs6269) LH genotipinin hemde CNR2 TT genotip sıklığının anlamlı derecede artması NB'na yakınlıkla ilişkili olabileceğini bize göstermiştir.

**Bu çalışmanın bir kısmı İstanbul Üniversitesi ÖNAP-BAP (47815) programı tarafından desteklenmiştir.*

Anahtar Kelimeler: COMT, MPO, CNR2, Nikotin Bağımlılığı, Şizofreni, PCR-RFLP

Yazar Dizini

A

Acar, Bilgehan Atılcan 124
Acar, Türkan 124
Akay, Esra 149
Akbey, Zeynep Yıldız 175
Aker, Ahmet Tamer 175
Akkaya, Cengiz 13, 116, 161
Aksoy, Umur Mert 48
Alagöz, Aybala Neslihan 124
Albayrak, Yakup 26
Alkın, Tunç 118
Alkan, Latif Ruşat 50
Altınbaş, Kürşat 70
Altun, Fatmagül Dikyar 128
Altun, İlkey Keleş 163, 177
Aşıcıoğlu, Faruk 78
Aşkın, Rüstem 143, 146, 149
Atar, Ayça Öngel 182
Atasayar, Gülfer 116
Ateş, Gönül 81
Atmaca, Murad 170
Avcı, Selma Hilal 150
Aydemir, Çiğdem 111
Aydemir, Ömer 144
Aydın, Ali 165
Aydın, Aybike 184
Aydın, Mehmet Şerif 120
Aydın, Nazan 160, 182, 183, 184
Aydın, Orkun 144
Aydın, Pınar 183
Aydın, Pınar Çetinaş 184
Ay, Rukiye 18, 110, 133, 138, 139
Aytaç, Hasan Mervan 160

B

Bacanlı, Ali 173
Bağın, Ünsal 164
Bakım, Bahadır 64
Balcıoğlu, Yasin Hasan 99, 102, 105
Baran, Zeynep 170

Batır, Muhammed Burak 118
Berkol, Tonguç Demir 99, 102, 105, 181
Beşirli, Aslı 157
Beşiroğlu, Lütfullah 94
Bolat, Gül Ünsel 173
Bolat, Hilmi 173
Boysan, Murat 94
Bozkurt, Ayhan 120
Budak, Ersin 135, 143, 146, 149
Bulut, Süheyla Doğan 77

C

Can, Nimet 124
Cengiz, Cengiz 170

Ç

Çakır, Bağdagül 111
Çalışkan, Mecit 67
Çam, Fethi Sırrı 118
Çankaya, Pınar Kızılay 163, 177
Çayköylü, Ali 35
Çetin, Alptekin 115
Çetinaş, Pınar Aydın 182
Çevik, Abdülkadir 62
Çinar, Cem 170
Çiçek, Nigar 168
Çokluk, Erdem 166
Çökmüş, Fikret Poyraz 118, 144
Çöldür, Özge Emine 144

D

Darçın, Aslı Enez 39
Demir, Aylin Bican 116
Demirel, Ömer Faruk 42
Demir, Volkan 125, 126, 178
Deniz, Murat Çağatay 179
Deniz, Selin 179
Deveci, Erdem 120

Dikici, Didem Süciüllüoğlu 144
Dokuzlu, Ezgi 115
Dönmez, Aslıhan 14
Dönmezler, Gizem 55
Duman, Berker 51, 135

E

Ekinci, Aslı 97
Ekinci, Okan 97
Erbay, Lale Gönerir 110
Ercan, Eyüp Sabri 173
Erel, Özcan 25
Eren, Fatma 90
EREN, İbrahim 43
Ergün, Arif Sanlı 120
Erkuran, Handan Özek 147
Erol, Atilla 41, 170
Erşan, Etem Erdal 113
Ertekin, Erhan 31
Erzincan, Erkal 87, 90
Erzin, Gamze 111
Eşel, Ertuğrul 157
Eşrefoğlu, Mukaddes 120
Evrensel, Alper 38

G

Genç, Yasin 170
Gıynaş, Fikret Ferzan 24
Göka, Erol 111
Görmez, Aynur 150
Görmez, Vahdet 96
Gül, Işıl Göğcegöz 11
Gündoğmuş, Ayşe Gökçen 75
Gündüz, Nermin 87, 90, 131, 136, 175
Gürel, Büşra 181
Güz, Hatice Özyıldız 28

H

Hocaoğlu, Çiçek 36, 154, 155, 156, 159, 164, 165

İ

İnel, Ahmet 146
İslam, Serkan 99, 102, 105

K

Kaçar, Murat 154
Kağan, Mücahit 94
Kalelioğlu, Tevfik 27
Kanat, Bilgen Biçer 135, 143, 146, 149
Karadağ, Ayşe Serap 150
Karadağ, Hasan 170
Karadaş, Ömer 141
Karadem, Fevziye Bulca 116, 161
Karakulah, Kamuran 170
Karamehmetoğlu, Müge 178
Karamustafaloğlu, Öğüz 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
Karasu, Umur 170
Karşıdağ, Çağatay 30
Kaya, Mehmet Cemal 170
Kefeli, Mehmet Celal 94, 148
Kılıç, Alperen 120
Kılınçel, Mehmet Oğuzhan 15
Kılınçel, Oğuzhan 116, 161
Kılınçel, Şenay 116, 161
Kıncır, Zeliha 182
Kırlioğlu, Seren Simge 99
Kırlioğlu, Simge Seren 102, 105
Kırpınar, İsmet 46, 120
Kızıl, Emre 170
Kızılkurt, Özlem 23
Kocabaşoğlu, Neşe 56
Koç, Güray 141
Koroğlu, Ertuğrul 144
Köse, Sema Kader 157
Kulaksızoğlu, Burak 108
Kulaksızoğlu, Sibel 108
Kumsar, Neslihan Akkişi 21
Kurnaz, Selin 182, 183, 184
Kutlu, Ayşe 147

M

Maner, Ayşe Fulya 19, 20
Menteşe, Ümmühan Kübra 156
Mete, Levent 61
Miraloloğlu, Özlem 17

O

Ozan, Erol 52

Ö

Ödel, Kadir 32
Ökmen, Anıl Cemre 148
Öncü, Bedriye 48
Öncü, Fatih 68
Önen, Sinay 135, 143, 146, 149
Öner, İbrahim 141
Örengül, Abdurrahman Cahid 96
Özcan, Halil 170
Özdemir, Pınar Güzel 166
Özer, Ömer Akil 79
Özgen, Güliz 105, 181
Özgülven, Halise Devrimci 170
Özmen, Erol 118
Öznur, Taner 95
Özpolat, Ayşe Gül Yılmaz 135
Özsoy, Saliha Demirel 157

Özten, Eylem 63
Öztürk, Ahmet 120
Özyıldırım, İlker 99, 102, 105

P

Pehlivan, Mustafa 183, 184
Pehlivan, Sacide 182, 183, 184
Polat, Aslıhan 131
Polat, Tolga 165
Puşuroğlu1, Meltem 140

R

Rohde, Luis Augusto 173

S

Saka, Meram Can 49
Salihoğlu, Gözde 154, 155, 156, 159
Sarıkavak, Talat 144
Sever, Ülgen 183, 184
Sevinçer, Güzin 82
Sezer, Sevilay 111
Süren, Serkan 173

Ş

Şafak, Yasir 73
Şahan, Ebru 99, 102
Şahbaz, Çiğdem Dilek 120

T

Tabo, Abdulkadir 33
Tamam, Lut 48
Tan, Oğuz 65, 66
Taş, Halil İbrahim 71
Taymur, İbrahim 135, 143, 146, 149
Timur, Özge 87, 90
Tiryaki, Ahmet 170
Tuncer, Can 150
Tural, Ümit 87, 90
Turan, Hatice 90, 131, 136, 175
Turan, Ömer 131, 175
Turan, Tayfun 58, 157
Tümkaya, Selim 60

U

Uğurpala, Can 102
Uysal, Mehmet Atilla 183, 184

Ü

Üçok, Alp 170
Üstün, Neşe 99, 105

V

Vahapoğlu, Fatih 143
Varlık, Cenk 170

Y

Yaylacı, Elif Tatlıdil 111
Yazar, Sıla Menekşe 170
Yazıcı, Ahmet Bülent 182
Yazıcı, Utku 173
Yenilmez, Çınar 12
Yıldırım, Abdullah 94, 148
Yıldırım, Burcu 127
Yıldırım, Ejder Akgün 53
Yıldırım, Münevver 54
Yıldız, Mesut 170
Yılmaz, Ekrem 166
Yılmaz, Emine 166
Yüksel, Rabia 111